FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 novembre 1908, à 1 heure

PAR

BINET DU JASSONNEIX

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

ETUDE D'UN

MONSTRE BICÉPHALE A TERME

Président : M. BAR, *professeur*

Juges MM. RETTERER, *agrégé*
BRINDEAU, *agrégé*
JEANNIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1
—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR BINET DU JASSONNEIX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur BAR

Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON EXCELLENT MAITRE

M. Le Docteur DOLÉRIS

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. Le Professeur DIEULAFOY

(Stage, 1902-1903)

M. Le Docteur ROCHARD

(Externat, 1904-1905)

M. Le Docteur DALCHÉ

(Externat, 1905-1906)

MM. Les Docteurs GUINON ET BOULLOCHE

(Externat, 1906-1907)

MM. Les Docteurs BROUARDEL, LAMY, BELIN

(Internat provisoire, 1907-1908)

MM. Les Docteurs DOLÉRIS, FUNCK-BRENTANO et DUBRISAY

(Internat provisoire, 1908)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/estudedunmonstre0000bine

Etude d'un Monstre bicéphale à terme

INTRODUCTION

D'APRÈS RABAUD.

La tératologie a pour objet l'étude de toutes les dispositions organiques exceptionnelles par lesquelles un individu se distingue de la majorité des individus de son espèce. Ces dispositions exceptionnelles sont des anomalies ou des monstruosités, celles-ci étant plus spécialement des anomalies graves.

L'étude scientifique des monstruosités ne remonte pas au delà de la deuxième moitié du XVIII^{e} siècle.

Auparavant, on la considérait de façon très diverse : comme œuvres du démon, manifestation de la colère divine, produits de l'accouplement d'un animal avec un être humain, etc.

Haller le premier en 1751 chercha à discerner, dans le chaos des descriptions, ce qui relevait de l'imagination et ce qui appartenait à la réalité.

Mais c'est à Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire que revient incontestablement le mérite d'avoir inauguré l'étude scientifique des monstruosités, en montrant qu'elles obéissaient aux lois générales qui régissent les êtres vivants.

A cette époque, deux théories se trouvaient en présence, qui cherchaient à résoudre le problème de la génération :

1° La théorie de l'emboîtement ou de la préformation des germes ;

2° La théorie de l'épigenèse.

D'après la première, l'œuf ne serait autre chose qu'une série de germes inclus les uns dans les autres, et représentant tous les individus destinés à venir successivement au jour. Chaque germe possédant tous les caractères morphologiques de son espèce, le développement ne serait qu'un simple accroissement.

D'après la seconde, ou théorie de Wolf, l'œuf ne serait qu'un amas de substances sans relation de forme avec la forme de l'être adulte. Cette forme adulte s'acquiert progressivement à la suite de modifications et de complications successives.

Avec la théorie de l'emboîtement en germes, il faut, pour expliquer la production des monstres, supposer, que dans la série des germes emboîtés, se trouve un ou plusieurs germes monstrueux. C'est ce que firent Merkel, Leméry et Winslow.

Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, au contraire, défendit la théorie de l'épigenèse ; mais, contrairement à l'opinion de Wolf, soutint que le développement embryonnaire était

fonction du milieu et tenta de le prouver expérimentalement par l'incubation artificielle des œufs de poule.

Mais c'est à Dareste que revient l'honneur d'avoir montré par de nombreuses expériences l'influence déterminante du milieu sur la production des monstruosités.

Cependant la vieille doctrine de la préformation n'est pas entièrement morte et a su s'adapter aux données de la science contemporaine. En effet, tout en reconnaissant que le développement n'est pas un simple accroissement de parties préexistant dans leur forme et leur disposition, on peut admettre que ces parties soient prédifférenciées dans l'œuf.

L'œuf renfermerait alors une série de territoires, dits territoires organo-formatifs, représentant chacun un organe ou une partie d'organe. Les diverses phases du développement n'auraient d'autre rôle que de mettre en place et d'isoler les unes des autres ces régions prédifférenciées. L'influence des actions ultérieures se trouverait ainsi réduite au minimum, et l'influence prépondérante reviendrait aux actions internes inconnues. Dès lors, l'épigenèse ne serait qu'une illusion.

Cette théorie des territoires organo-formatifs ou théorie de la mosaïque est de plus en plus abandonnée.

Et les recherches embryologiques qui se sont multipliées dans ces dernières années conduisent à admettre la théorie de l'épigenèse, largement comprise : en d'autres termes, le développement embryonnaire dépend essentiellement des conditions du milieu. Le changement des conditions entraîne avec lui les variations du développement, parfois très profondes. Un œuf donné n'est donc pas

nécessairement obligé, par les actions internes inhérentes à sa nature, de se développer d'une façon déterminée. Il peut, si les circonstances l'y conduisent s'engager en tout ou partie dans des voies évolutives très différentes de sa voie normale.

Actions et agents tératogènes

La cause des différentes monstruosités a été recherchée par les premiers tératologistes. Geoffroy Saint-Hilaire plaçait cette cause en dehors du fœtus et la croyait d'ordre purement mécanique. Pour lui, les monstruosités étaient dues aux adhérences du fœtus avec ses annexes.

Dareste admet que les adhérences placentaires ne jouent qu'un rôle accessoire, et que le rôle principal revient soit aux adhérences amniotiques soit à la compression par un amnios trop étroit.

Cette théorie est loin de répondre à la réalité, et ne s'applique qu'à un nombre de cas restreints, qui ne sont pas à proprement parler des monstruosités, mais seulement des productions pathologiques ou des déformations mécaniques.

Les monstruosités proprement dites relèvent de phénomènes adaptatifs, c'est-à-dire d'actions et de réactions entre la substance et l'embryon, et le milieu extérieur. Toute variation du milieu peut entraîner une variation de l'organisme en évolution, lequel est essentiellement plastique.

Or les agents qui interviennent pour modifier la nature

du milieu sont en nombre inférieur, et l'action d'un même agent varie essentiellement suivant les conditions dans lesquelles il intervient.

De telle sorte qu'un même agent pourra avoir dans tel cas une action pathogène ; dans tel autre une action tératogène et parfois être sans action.

L'organisme embryonnaire peut donc subir deux ordres de modifications bien distinctes : une modification tératologique ou une modification pathologique. Or, les éléments cellulaires de l'embryon sont des éléments *indifférents*, dans une certaine mesure, c'est-à-dire se prêtant à des réactions très étendues, et ayant une tendance, sous une influence donnée, à se différencier c'est-à-dire à s'adapter d'une façon ou de l'autre.

En d'autres termes, l'embryon subit surtout l'action tératogène.

Mais à mesure qu'il grandit, ses tissus se différencient de plus en plus et son adaptation devient de plus en plus difficile.

Bientôt le fœtus en est réduit à des arrêts, ou des excès de croissance ; l'action des agents externes sera donc plus fréquemment pathogène.

Quant à l'adulte, il ne s'adapte plus que très difficilement, et sous la condition nécessaire que l'intervention des agents externes se produise très progressivement. Il est donc soumis à des actions pathogènes.

Mais cela ne veut point dire qu'il y ait une limite nette entre l'action pathogène, et l'action tératogène d'un même agent.

Souvent l'action change de sens pour une faible varia-

tion d'intensité ou de durée. C'est la réaction de l'organisme qui fournit un critérium précis et sûr, car la réaction tératologique reste toujours très différente de la réaction morbide. La première porte sur la différenciation ou sur la croissance des éléments cellulaires ; la seconde porte sur leur intégrité anatomique.

On peut observer des cas limites où les deux actions se superposent, l'action morbide contrariant l'action tératogène. Dans ces cas, à côté de la variation histogénétique, s'établissent des désintégrations pathologiques. Le tissu est à la fois anormal et malade.

En résumé, les anomalies ne seraient dues qu'à des modifications, de la différenciation, ou mieux de l'adaptation, des tissus embryonnaires ou fœtaux.

D'après Rabaud, il faut renoncer à considérer ces anomalies comme des stigmates de dégénérescence

Il se peut qu'une modification tératologique existe chez un individu malade ; mais il s'agit alors d'une simple coexistence.

Néanmoins les anomalies, comme tout autre caractère organique, passent d'une génération à l'autre et se perpétuent généralement semblables à elles-mêmes.

Mais l'hérédité tératologique présente exactement les mêmes phénomènes que l'hérédité des caractères normaux : le caractère persiste ou disparaît.

D'après Rabaud l'hérédité est toujours la similitude : toutes les modifications que subit un caractère quelconque, normal ou anormal, sont en dehors de l'hérédité. Elles ont leur raison profonde dans les actions diverses qui déterminent la production d'un organisme depuis la féconda-

tion jusqu'à la naissance. Et l'on ne saurait, sans erreur flagrante, établir une distinction quelconque entre l'hérédité dite normale et l'hérédité dite pathologique.

Classification

La classification des monstruosités doit nécessairement avoir pour base l'embryologie.

C'est ce que comprit Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui tenta une classification, basée essentiellement sur les divers degrés de l'arrêt de développement.

Il distinguait deux grandes classes :

1° Les anomalies simples ou *hémitéries* ;

2° Les anomalies complexes ou *monstruosités*.

Cette distinction ne saurait être maintenue, car elle conduit à séparer des productions congénitales du même ordre et inversement.

Une classification rationnelle devrait être basée sur les divers processus qui régissent les anomalies ; mais ils sont loin d'être tous connus.

Aussi, faut-il se contenter d'une classification provisoire.

On divise les anomalies en deux grandes catégories :

1° *Les monstres unitaires ;*

2° *Les monstres composés.*

1° Monstres unitaires

Comprennent :

1° Les *autosites* qui vivent d'une vie intra-utérine propre.

2° Les *omphalosites*, dont la vie intra-utérine ne paraît pas possible sans le secours d'un frère jumeau.

3° Les *parasites*, productions très imparfaites.

II. — Monstres composés

Ce sont des êtres qui, extérieurement, semblent résulter de la réunion plus ou moins intime, par diverses parties du corps, de deux ou plusieurs individus unitaires.

Ils sont généralement *doubles*, exceptionnellement triples.

Les monstres composés peuvent être groupés en trois grandes familles :

1° Les *anacatadidymes ;*

2° Les *anadidymes ;*

3° Les *catadidymes.*

1° Les anacatadidymes

Les deux corps sont liés par les régions moyennes ; les têtes et les bassins sont libres. Ils comprennent :

les xiphopages
thoracopages
sternopages
stomopages
hémipages
ischiopages.
etc., etc.

2° Les anadidymes

Les deux corps sont unis par la tête et la région supérieure du thorax.

Ils comprennent :

a) *Les Sycéphaliens*, chez lesquels la tête est extérieurement double en totalité ou en partie :

Janiceps.
Iniopes.
Synotes.

b) *Les Monocéphaliens*, chez lesquels la tête est extérieurement simple :

Deradelphe.
Thoradelphe.
Iléadelphe.
Etc., etc.

3° Les Catadidymes

Les deux corps sont unis par les parties inférieures du tronc ; les membres inférieurs sont communs, tandis que les têtes sont indépendantes, au moins en partie.

Ils comprennent *deux groupes :*

A. — *Les Monosoniens*, dont le corps est simple au moins à l'extérieur et les têtes plus ou moins fusionnées :

Atlodymes.
Iniodymes.
Opodymes.

B. — *Les Sysomiens*, dont le corps est double sur une étendue variable.

Ils comprennent :

a) *Les Psodymes*, dont les corps sont distincts dès la région lombaire. Deux thorax complets et séparés.

b) *Les Xiphodymes* dont les corps sont distincts à partir des appendices xiphoïde, confondus. Tantôt les deux colonnes vertébrales se réunissent, tantôt elles restent indépendantes. Deux membres pelviens ou trois, dont un rudimentaire. Quatre membres thoraciques ou trois, les deux concentriques réunis en un seul.

c) *Thoracodymes*. — Les sternums sont confondus jusqu'à leur partie moyenne.

d) *Derodymes*. — Corps extérieurement unique. Deux membres thoraciques seulement. Colonnes vertébrales ndépendantes parfois sur toute leur étendue.

e) *Sternodymes*. — Les sternums sont confondus dans toute leur étendue.

Nous allons étudier un monstre sysomien, du genre sternodyme que nous avons observé à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, M. Doléris.

CHAPITRE PREMIER

Observation de l'accouchement

Le 18 août 1908, à 3 heures 30 du soir, entre à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine une primipare de trente ans à terme.

Son mari, qui l'accompagne, donne sur la grossesse les renseignements suivants :

Mme X... a eu une grossesse normale, elle n'a pas vu le médecin durant sa grossesse et a seulement consulté le dernier mois, une sage-femme.

Celle-ci a dit : *que l'enfant se présentait mal.*

Mme X... est entrée en travail le 17 août à 8 heures du matin. Une sage-femme appelée dans la matinée dit que *le travail se fait mal.*

Les membranes se rompent spontanément le 17 août dans l'après-midi. Il s'écoule un liquide brunâtre (teinté de méconium).

La sage-femme diagnostique un bassin rétréci et une présentation du sommet.

Le 18 août, à 1 heure de l'après-midi, la tête ne progressant pas, on fait appeler un médecin.

Celui-ci fait plusieurs applications de forceps, et tire,

paraît-il de toutes ses forces, et à diverses reprises. Il amène ainsi, à grand'peine, une tête hors de la vulve. La tête sortie, il essaye vainement de pratiquer l'extraction du tronc. Sur cette tête qui est hors la vulve il applique le forceps, et exerce (*au dire du mari*), des tractions violentes et répétées. Ses efforts restant vains, il envoie la parturiente à l'hôpital. Elle arrive à la salle du travail de la maternité vers 3 h. 30 environ de l'après-midi.

On est en présence d'une femme très épuisée, dont l'état général est mauvais. La respiration est notablement accélérée. Le pouls, petit, bat à 120. Le facies est prostré.

Au point de vue obstétrical : on constate une tête faisant saillie entre les grandes lèvres, en position occipito-pubienne.

La palpation de l'abdomen est très difficile, l'utérus se contractant d'une façon permanente.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus exclusivement.

Les grandes lèvres et le vagin sont très œdématiés et violacés.

Le toucher vaginal permet de sentir un bras, le bras postérieur, qui est alors amené à la vulve. Mais on sent, en outre, dans le vagin, l'extrémité d'un moignon de bras atrophié. Ce fait éveille l'attention et fait penser à une anomalie. Le col utérin, déchiqueté, enserre le cou du fœtus. Le promontoire fait une saillie très prononcée, et gêne beaucoup le toucher.

Au-dessus du détroit supérieur, on perçoit néanmoins du bout des doigts une tumeur dure, arrondie, immobile, qui ne peut être qu'une deuxième tête.

On pense alors soit à une grossesse gémellaire (la deuxième tête étant fixée au-dessus du détroit supérieur), soit à une monstruosité fœtale.

On endort alors la malade, on sectionne aux ciseaux la tête qui est hors la vulve, afin de permettre l'introduction plus facile du bras dans le vagin.

On place un lac sur l'avant-bras droit qui apparaît à la vulve. Le toucher sous chloroforme permet alors de préciser le diagnostic et de porter celui de monstre à deux têtes. Car l'on sent la deuxième tête reliée au tronc du fœtus par un pédicule ou cou, qu'il est difficile d'atteindre, en raison du rétrécissement du bassin et de l'engagement de l'épaule postérieure, c'est-à-dire droite.

On essaye de sectionner le second cou, avec les ciseaux de Dubois, afin de libérer la seconde tête et de tenter l'extraction du tronc. Mais en raison des difficultés de cette manœuvre, et de l'état de la malade qui va sans cesse en s'aggravant (le pouls devenant de plus en plus rapide et petit, bien qu'il n'y ait pas d'hémorragie externe), on téléphone à M. Doléris, accoucheur en chef de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

M. Doléris arrive à 4 h. 30 environ. Il confirme le diagnostic de monstre à deux têtes ; il tente d'appliquer le céphalotribe sur la seconde tête, mais n'insiste pas en raison des difficultés qu'il éprouve. D'après l'état général de la malade il diagnostique une rupture utérine et pratique aussitôt une laparotomie d'urgence.

Incision médiane sous-ombilicale ; on ne trouve pas de sang dans le ventre ; mais on constate une déchirure longitudinale du segment inférieur, de 5 à 6 centimètres de

long, sur la ligne médiane, et formant une véritable boutonnière, entre les lèvres de laquelle apparaît le cuir chevelu de la seconde tête du monstre.

Le fœtus est rapidement extrait et l'on pratique l'hystérectomie subtotale suivie de la suture de ce qui reste du col, sans drainage vaginal. Lavage de l'abdomen avec du sérum chaud. Suture de la paroi et drainage abdominal.

Durant toutes ces opérations, on a fait à la malade environ 1.500 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée et de nombreuses piqûres d'éther, d'huile camphrée, de caféine.

La malade est morte quelques heures après l'opération. L'autopsie a montré qu'il n'y avait ni sang ni pus dans le ventre et a permis de mesurer exactement les diamètres suivants du bassin maternel.

Diamètre promonto-sous-pubien = 10 cm.

» » rétro » = 8, 5.

Nous n'avons trouvé rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels de Mme X...

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Elle est fille unique.

Dans sa famille il n'y a pas de fous, d'épileptiques, d'alcooliques, de monstres.

Son mari, mécanicien, est bien portant, n'est pas nerveux, et dit n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Il a cinq frères bien portants.

Mme X... était mariée depuis dix-huit mois ; elle n'avait jamais été malade et n'était pas nerveuse.

Examen du placenta

Le placenta et les annexes pèsent 640 grammes.

Le placenta a une forme circulaire, et présente de nombreux ilôts blanchâtres de dégénérescence calcaire.

Les membranes sont déchirées.

Le cordon unique ne présente rien d'anormal, et contient une veine ombilicale et deux artères.

CHAPITRE II

Etude du monstre

Aspect extérieur

Ce monstre bicéphale paraît être à terme, si l'on en juge par son volume et par son poids.

Il pèse 3.800 grammes.

Sa longueur totale est de 0 m. 50.

La distance qui sépare la base du sternum de la plante des pieds est de 0 m. 37.

Comme on peut en juger par la photographie que nous reproduisons ici, ce monstre présente :

Un tronc unique ;

Deux membres inférieurs normaux ;

Trois membres supérieurs, dont un atrophié et rudimentaire ;

Deux cous et deux têtes.

Le tronc est plus volumineux que celui d'un fœtus ordinaire surtout à la partie supérieure.

Le diamètre bis-acromial est de 16 centimètres.

La circonférence au niveau des aisselles est de 34 cm. 5.

La face antérieure du tronc paraît normale ; on sent un

sternum sur lequel viennent se fixer de chaque côté les douze côtes normales.

Il existe deux mamelons normalement placés.

Si l'on examine le thorax par sa face postérieure, on voit qu'il existe deux colonnes vertébrales, indépendantes, séparées en haut, dans la région cervicale par un intervalle de 3 centimètres environ ; mais convergeant de haut en bas, de sorte qu'elles ne sont plus séparées dans la région lombaire que par un simple sillon.

De chaque côté du tronc se détache un membre supérieur normal.

Du sommet du tronc, se détachent symétriquement deux cous, qui montent en divergeant.

Chacun d'eux supporte une tête. La tête droite dépasse la gauche en hauteur et est allongée dans le sens vertical.

La tête gauche appartient au type dolichocéphale très accentué.

Les diamètres des têtes sont les suivants :

	Tête droite	Tête gauche
O.F.	11,5	12,4
Sus-O M.	13,2	13,7
Sous-O.Br.	9,3	9
Bi-P.	9,5	9,8
Bi-T.	8,3	8,5

Chacune des faces est normalement constituée.

Entre les deux cous, à égale distance de chacun d'eux, un peu en arrière du plan médian, émerge un rudiment de bras de forme conique, long de 12 centimètres et compre-

nant deux segments de membres atrophiés, bras et avant-bras réunis par une articulation.

L'avant-bras, très court, très atrophié, se termine par une extrémité pointue ; il n'y a pas trace de main.

L'abdomen ne présente rien de particulier : on y voit un ombilic unique, à sa place.

Le bassin est plus large que normalement.

Le diamètre bisiliaque médian est de 9, 3.

Le diamètre bitrochantérien est de 10, 5.

Les membres inférieurs sont normaux comme nombre et aspect.

Les organes génitaux externes appartiennent au sexe féminin et sont normalement développés.

L'anus est normal.

DISSECTION DU MONSTRE

On pratique deux incisions partant de la partie médiane de chaque menton et venant se joindre à la partie supérieure de la fourchette sternale. On prolonge ensuite l'incision jusqu'à l'ombilic. On récline alors la peau, et l'on constate au niveau du cou la présence de muscles peauciers très développés.

Sous le lambeau supérieur, de forme triangulaire, on découvre deux os accolés, parallèles entre eux, dirigés d'arrière en avant et de haut en bas et venant s'articuler avec la fourchette sternale. Ce sont deux clavicules supplémentaires (clavicule gauche du fœtus droit et clavicule droite du fœtus gauche) que nous décrirons avec le squelette. Elles sont dépourvues d'insertions musculaires.

En réclinant les lambeaux cutanés droit et gauche on découvre deux autres clavicules (droite du fœtus droit et gauche du fœtus gauche). Ce sont les clavicules normales qui existent chez tout sujet.

Les muscles des deux cous sont disséqués ; on trouve ;

Pour le fœtus droit : un trapèze droit normal, un trapèze gauche peu développé, un sterno-cléido-mastoïdien droit bien développé, un sterno-cléido-mastoïdien gauche incomplet (le faisceau claviculaire n'existe pas).

Pour le fœtus gauche : le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien gauches sont normaux. Le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien droits sont impossibles à disséquer en raison des incisions multiples pratiquées sur ce cou.

Les pectoraux sont normaux.

On sectionne alors le plastron sterno-costal, au niveau des articulations chondro-sternales. On désarticule les quatre clavicules qui viennent se fixer sur la poignée sternale et on enlève le sternum.

On trouve alors en arrière du sternum, le débordant fortement en haut, un volumineux thymus qu'on enlève. On découvre alors le médiastin antérieur, et son contenu, c'est-à-dire un volumineux sac péricardique fibreux, et les gros vaisseaux qui en émergent.

Cavité thoracique

Avant d'étudier en détail les organes qu'elle contient, il est nécessaire, pour la clarté de la description, d'exposer brièvement ses limites et sa constitution.

La cavité thoracique est limitée en avant et latéralement par le plastron sterno-costal ; en arrière par les deux colonnes vertébrales réunies par les côtes atrophiées que nous étudierons avec le squelette ; en bas par un diaphragme bien développé.

En haut elle communique comme normalement avec les régions cervicales inférieures. Mais comme ici, il existe deux cous, on voit descendre de chaque côté une trachée et un œsophage. Chaque œsophage suit son trajet normal

dans le médiastin postérieur. Chaque trachée se divise en deux bronches qui aboutissent au groupe pulmonaire correspondant : Il existe en effet quatre poumons, deux de chaque côté, les deux groupes pulmonaires sont séparés par une cloison médiane antéro-postérieure formée par l'adossement des feuillets pariétaux de la plèvre médiastine des deux poumons internes, c'est-à-dire poumon droit du fœtus gauche et poumon gauche du fœtus droit.

En avant et entre les poumons, se placent les cœurs et les gros vaisseaux.

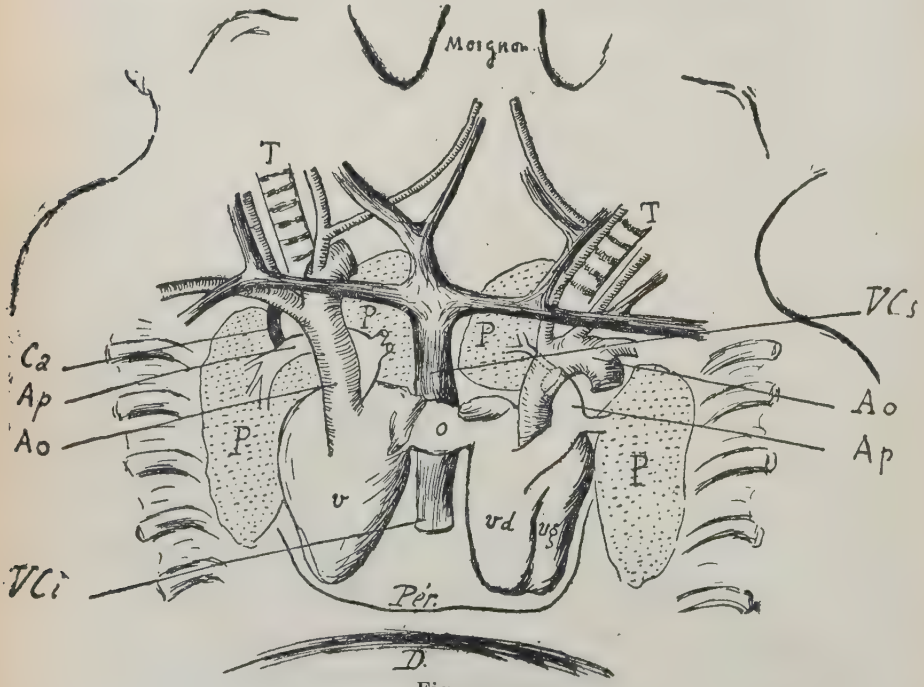

Figure 1

Cœur et gros vaisseaux.

En effet, dans un sac péricardique unique, volumineux,

non cloisonné, se trouvent deux cœurs réunis par une oreillette commune.

De la base du cœur droit émergent une aorte et une artère pulmonaire. *L'aorte* décrit sa crosse habituelle et au point où elle croise la face artéro-latérale gauche de la trachée, donne naissance à deux troncs volumineux qui se séparent à angle aigu : les troncs trachéo-céphaliques droit et gauche.

A) Le tronc brachio-céphalique droit se dirige obliquement en haut et à droite longeant le flanc droit de la trachée. Bientôt il se divise en :

1° *Carotide primitive droite*, qui longe le flanc droit de la trachée droite, et se divise comme normalement en carotide interne et externe. Elle fournit le sang à la tête droite du fœtus.

2° *Sous-clavière* droite, qui gagne le bras droit et se comporte normalement.

B) Le tronc brachio-céphalique gauche se dirige obliquement en haut et à gauche, passe sous le tronc veineux analogue et, le long du flanc gauche de la trachée, se divise en deux branches.

1° *Carotide primitive gauche* qui continue son trajet normal.

2° *Sous-clavière gauche* assez grêle, qui passe sous la veine jugulaire interne gauche et se dirige en haut et en dedans vers la ligne médiane pour s'accoler à une veine homologue et gagner le bras atrophié auquel elle se distribue.

L'*artère pulmonaire* émerge en dedans et en arrière de

l'aorte, se dirige en haut et en arrière, et bientôt se divise en deux troncs :

1° Le *tronc gauche* se dirige en dedans, c'est-à-dire à gauche vers le hile du poumon gauche du fœtus droit, et là se divise en deux troncs qui pénètrent dans le parenchyme pulmonaire ;

2° Le *tronc droit* se dirige en haut, en arrière et à droite, croise la face postérieure de la crosse aortique et atteint le hile du poumon droit du fœtus droit où il se divise en trois troncs secondaires qui pénètrent dans le parenchyme.

Cette branche droite de l'artère pulmonaire est reliée à l'aorte ascendante par un volumineux canal artériel.

De *la base du cœur gauche* se détachent de même une aorte et une artère pulmonaire qui se comportent à peu près de la même façon qu'à droite.

L'*aorte*, venue du ventricule gauche, décrit une crosse normale et poursuit son trajet. De la crosse se détachent trois troncs :

1° Un *tronc brachio-céphalique*, qui passe en arrière du tronc veineux homologue, et le long du flanc droit de la trachée gauche, se bifurque en :

a) Carotide primitive droite, normale ;

b) Sous-clavière droite, grêle, qui, accompagnée de veine homologue, va au bras rudimentaire.

2° L'*artère carotide primitive gauche* qui passe en arrière du tronc brachio-céphalique veineux gauche et monte vers le cou, accompagnée de la veine jugulaire interne.

3° L'*artère sous-clavière* gauche qui gagne avec la veine homologue le bras gauche.

L'*artère pulmonaire* naît du ventricule droit, décrit son trajet hélicoïdal autour de la crosse aortique et se divise en deux troncs :

1° Tronc gauche, peu volumineux, qui aboutit au hile du poumon gauche du fœtus gauche, où il se divise en deux troncs secondaires ;

2° Tronc droit, plus volumineux, paraissant être la continuation de l'artère pulmonaire, et qui se jette à plein canal dans la crosse aortique (constituant ainsi le canal artériel).

De ce tronc part une branche qui constitue la branche droite de l'artère pulmonaire et qui va au hile du poumon droit où elle se divise en trois troncs secondaires.

Système veineux (voir fig. 1)

Les deux cœurs sont réunis par une volumineuse oreillette commune.

A la face postéro-inférieure de celle-ci, on voit aboutir une *veine cave inférieure* unique.

A la face postéro-supérieure de l'oreillette, aboutit une *volumineuse veine cave supérieure* unique, formée à 4 centimètres environ du cœur, par la réunion de trois troncs principaux formant un confluent veineux en forme de croix :

1° *Un tronc brachio-céphalique vertical* formé par la réunion de :

a) La veine jugulaire interne gauche du fœtus droit ;

b) La veine sous-clavière gauche du fœtus droit, venue du bras rudimentaire.

2° *Un tronc brachio-céphalique droit* formé par la réunion de la veine jugulaire interne droite et de la sous-clavière droite du fœtus droit. Il passe en avant de la trachée et du système artériel, et se réunit à angle droit avec le précédent.

3° Un *tronc brachio-céphalique gauche*, formé par :

a) Un tronc résultant lui-même de la réunion de la veine sous-clavière et de la veine jugulaire interne gauche du fœtus gauche.

b) Un tronc résultant de la réunion de la veine jugulaire interne droite du fœtus gauche, et de la veine sous-clavière droite, atrophiée, venue du bras rudimentaire.

Etude des cœurs.

(*Dans cette description, les mots : cœur droit, cœur gauche, signifient cœur du fœtus droit, cœur du fœtus gauche).*

Cœur gauche : Présente une forme spéciale. L'extrémité inférieure, au lieu d'être effilée comme normalement, est à peu près carrée. La face antérieure du cœur dessine ainsi un quadrilatère allongé dans le sens vertical. Cette face antérieure est uniquement constituée par les ventricules, l'oreillette étant postéro-supérieure. Sur cette face antérieure, on voit un sillon interventriculaire, qui, parti de l'angle supérieur et gauche du cœur, se dirige obliquement en bas et un peu vers la droite pour aboutir à l'extrémité inférieure du cœur. Par ce sillon, la face antérieure est divisée en deux portions inégales : la droite (qui correspond au ventricule droit) étant la plus grande.

De la partie supérieure du ventricule droit, on voit émerger l'artère pulmonaire.

De la partie supérieure du ventricule gauche, on voit émerger l'aorte.

Réclinant l'aorte et l'artère pulmonaire, on voit une oreillette située en arrière et au-dessus du ventricule : c'est l'oreillette du cœur gauche. Elle se continue avec l'oreillette du cœur droit par l'intermédiaire d'une oreillette commune, sorte de renflement sacciforme dont elle est séparée intérieurement par une cloison, et extérieurement par un sillon peu marqué.

Des fibres musculaires en anse se voient nettement allant de l'oreillette droite à l'oreillette gauche en passant sur l'oreillette commune.

De la face antérieure de l'oreillette gauche, se détache une auricule de forme triangulaire, qui vient affleurer l'artère pulmonaire.

Si l'on examine l'oreillette gauche par sa face postérieure, on y voit aboutir les quatre veines pulmonaires du fœtus gauche.

Ouvrons maintenant le cœur gauche : par deux incisions, l'une le long du bord gauche pénétrant dans le ventricule gauche et ressortant par l'oreillette ; l'autre partant de la partie inférieure de la précédente en ressortant par l'aorte. On découvre ainsi le ventricule gauche séparé du ventricule droit par une cloison normale non perforée. Le ventricule gauche communique avec l'oreillette par un orifice mitral normal. L'aorte naît comme normalement à droite de la grande valve mitrale, et présente trois valvules sigmoïdes.

Le ventricule droit est ouvert d'une façon analogue. On

constate qu'il est plus volumineux que le gauche. Il communique avec l'oreillette gauche par un orifice tricuspide formé comme normalement de trois valves. A gauche de la tricuspide naît l'artère pulmonaire avec ses trois sigmoïdes normales.

Si l'on ouvre l'oreillette gauche, on y voit :

A la face postériure l'abouchement des quatre veines pulmonaires.

En avant : l'orifice de l'auricule.

A droite : l'oreillette se continue avec l'oreillette commune, elle en est séparée par une cloison verticale, placée dans un plan antéro-postérieur, et percée en son centre d'un orifice punctiforme (trou de Botal persistant).

Cœur droit : Sa forme est normale.

Sa face antérieure ne présente pas de sillon interventriculaire visible. Comme à gauche, toute la face antérieure du cœur est constituée par la portion ventriculaire, mais ici, comme nous le verrons, il n'existe qu'un seul ventricule. L'aorte et l'artère pulmonaire émergent de la partie supérieure de ce ventricule.

Mais tandis que l'aorte est volumineuse, l'artère pulmonaire est petite, très atrophiée et située immédiatement en dedans et en arrière de l'aorte.

Réclinant ces troncs artériels, on découvre une oreillette unique, située en arrière de l'émergence de ces troncs, et se continuant en dedans, c'est-à-dire à gauche, avec l'oreillette commune, la ligne de réunion étant indiquée par un léger sillon.

De la face antérieure de cette oreillette se détache un auricule antérieur de forme triangulaire.

De la face postérieure se détache un auricule postérieur dirigé transversalement.

Ouvrant ce cœur, on voit qu'il diffère essentiellement du cœur gauche.

Il n'existe ici qu'un ventricule et une oreillette. Ce ventricule volumineux communique au niveau de sa base avec l'aorte et l'artère pulmonaire.

L'orifice aortique est situé au-dessous et à droite de l'orifice de l'artère pulmonaire et est pourvue de trois valvules sigmoïdes dont deux bien développées et une atrophiée.

L'artère pulmonaire, très grêle, naît immédiatement en dedans, c'est-à-dire à gauche de la précédente : son orifice très petit, situé sur un plan supérieur à celui de l'aorte, est pourvu de trois valvules atrophiées.

En dedans, c'est-à-dire à gauche de ces orifices, on voit l'orifice qui fait communiquer ce ventricule unique avec l'oreillette, orifice pourvu de trois valvules et comparable à une tricuspide.

Dans l'oreillette, on voit : en avant l'orifice de l'auricule antérieur, en arrière celui de l'auricule postérieur et des quatre veines pulmonaires du fœtus droit. En dedans, l'oreillette communique largement avec l'oreillette commune.

Celle-ci présente : en haut l'abouchement de la veine cave supérieure, en bas l'abouchement de la veine cave inférieure. Il n'y a pas de valvule à l'intérieur.

Poumons et plèvre

Nous avons vu qu'il existait deux groupes pulmonaires,

composés chacun de deux poumons, et séparés l'un de l'autre par une cloison séro-conjonctive, antéro-postérieure.

A. — *Poumon du fœtus droit.*

1° Le poumon droit pèse 20 grammes.

Il a la forme d'une pyramide triangulaire, à sommet supérieur. Sa face externe est convexe, et nous présente une scissure nette allant obliquement de la partie moyenne du bord postérieur au milieu du bord inférieur.

Sa face basale est concave en bas.

Sa face interne est creusée par le hile. De plus, elle est divisée par un sillon net, en deux parties : l'une supérieure volumineuse, l'autre inférieure beaucoup plus petite. Au-dessus de ce sillon se détache une petite languette pulmonaire, sorte de lobe atrophié.

2° Le poumon gauche pèse 18 grammes et ne présente de particulier que sa face interne, où existe une disposition analogue à celle du poumon droit, sauf que le sillon est moins marqué, le lobe inférieur plus réduit, la languette pulmonaire plus volumineuse.

B. — *Poumon du fœtus gauche.*

1° Poumon droit pèse 22 grammes. Sa face externe présente un sillon transversal séparant le poumon en deux lobes à peu près égaux.

Sur sa face interne se continue le sillon précédent, de la partie moyenne duquel se détache une petite scissure

verticale qui tend à diviser le lobe supérieur en deux lobes secondaires.

2° *Poumon gauche*, pèse 17 grammes.

Sa face interne est parcourue par un grand sillon à peu près parallèle au bord postérieur, et limitant un lobe supérieur peu développé et un lobe inférieur volumineux.

Les plèvres ne présentent rien de particulier, si ce n'est l'accolement des feuillets entre les deux groupes de poumons, que nous avons déjà signalé.

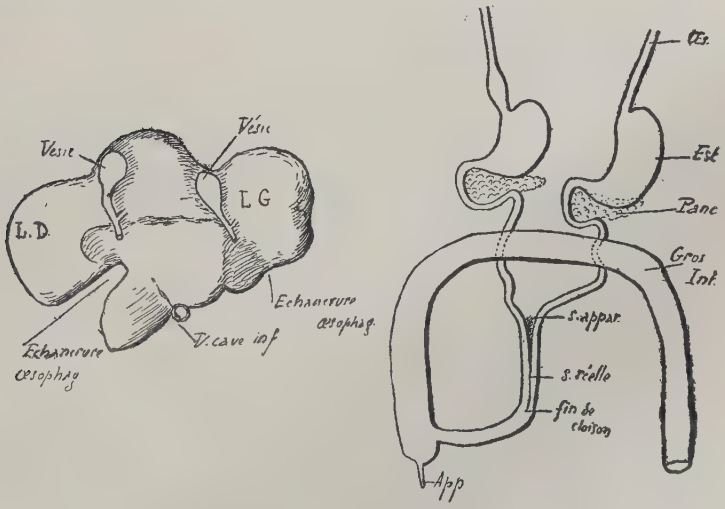

Fig. 2

Tube digestif

Nous avons vu qu'il existait *deux œsophages* ayant leur trajet normal dans le cou et dans le médiastin postérieur. Ils traversent le diaphragme et longent le bord postérieur

d'un foie unique, convergent en descendant et aboutissent chacun à un estomac. L'œsophage droit présente un léger renflement au niveau de sa portion terminale immédiatement au-dessus du cardia (V. fig. 2).

Il existe *deux estomacs*, mais à l'ouverture de l'abdomen, on n'en aperçoit qu'un seul, celui de gauche. L'estomac droit est en effet caché sous la face inférieure d'un foie volumineux.

L'estomac gauche est plus gros, plus vertical.

Ils ont tous les deux la forme normale.

A chaque estomac fait suite un *duodénum* décrivant son anse habituelle, et un jéjunum.

Les deux *jéjunum*, reliés chacun à la paroi abdominale postérieure par un mésentère, restent indépendants sur une longueur de 122 centimètres pour le jéjunum droit et de 132 centimètres pour le gauche. Puis, ils s'accolent progressivement et semblent se souder mais en tirant sur chacun d'eux, on parvient à les séparer sur une longueur de 32 centimètres. En ce point, la soudure semble complète et il n'y a plus qu'un mésentère. Mais si l'on fait une coupe transversale à ce niveau, on voit les deux tubes intestinaux accolés en canons de fusil et séparés par une cloison commune.

Par des coupes successives, on voit que cette disposition se poursuit pendant 16 centimètres. Mais à mesure que l'on descend, le calibre de l'un des tubes devient de plus en plus petit et finalement la cloison disparaît, et l'on a un tube intestinal unique. Ce point est du reste marqué extérieurement par un léger rétrécissement. La longueur du canal intestinal unique est de 136 centimètres.

La longueur totale de l'intestin grêle est donc environ de 228 centimètres à droite, de 308 centimètres à gauche.

L'abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant est normal.

Le cœcum et l'appendice sont normaux.

Le gros intestin ne présente rien de particulier. Sa longueur est de 54 centimètres. Il n'y a pas d'imperforation rectale.

Annexes du tube digestif

Il y a deux pancréas.

Le pancréas gauche est bien développé.

Sa tête est comprise dans l'anse duodénale gauche ; sa queue aboutit au hile de la rate située dans l'hypochondre gauche.

Le pancréas droit est moins bien développé.

Sa tête est comprise dans l'anse duodénale droite ; le corps se trouve derrière la face postérieure de l'estomac droit.

Foie et voies biliaires

Il existe un foie unique et volumineux pesant 135 grammes, occupant l'hypochondre droit, la région ombilicale et une partie de l'hypochondre gauche.

Sa face diaphragmatique, convexe, ne présente rien de particulier.

Vu par sa face inférieure (voir fig. II) il présente : un

lobe droit, un lobe gauche, un lobe antérieur et un lobe postérieur.

Le lobe droit est séparé du lobe antérieur par un sillon dans lequel se trouve la vésicule biliaire droite.

Le lobe gauche est de même séparé du lobe antérieur par un sillon dans lequel se trouve la vésicule biliaire gauche.

Le lobe antérieur est séparé du lobe postérieur par un sillon transversal dans lequel on ne trouve aucun vaisseau.

Le bord postérieur présente une échancrure médiane où descend la veine-cave inférieure, et latéralement les échancrures œsophagiennes.

La face inférieure du foie présente deux hiles nettement différenciés.

Le *hile droit* est situé au point de réunion du lobe droit, antérieur et postérieur. On voit à ce niveau la bifurcation de la veine porte droite, la bifurcation de l'artère hépatique, la réunion des canaux cystique et hépatique qui vont constituer le cholédoque droit.

Le *hile gauche* est symétriquement placé et constitué de la même façon.

Voies biliaires

Les voies biliaires sont doubles :

Il y a deux vésicules biliaires, symétriquement placées, comme nous l'avons vu ; la droite est plus volumineuse que la gauche.

Deux canaux cystiques, deux canaux hépatiques, deux cholédoques aboutissant chacun dans le duodénum correspondant.

Rate

La rate est unique, pèse 5 grammes, est à sa place normale dans l'hypochondre gauche.

Appareil urinaire (Voir figure III)

Dans chaque fosse lombaire, on trouve un *rein* normalement placé, au niveau de la douzième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire, pesant environ 10 grammes chacun.

Du hile de chacun d'eux part un *uretère* qui suit son trajet normal et aboutit à la *vessie*, qui est normale. Mais, en outre, il existe un *rein supplémentaire*, situé dans l'angle aigu que forment, en divergeant, à mesure qu'elles montent, les deux colonnes vertébrales, au niveau des huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales, entre les deux aortes. Il a une forme irrégulière, sorte de croissant allongé dans le sens vertical et semblant résulter de la fusion de deux masses glandulaires, ainsi qu'en témoigne un sillon vertical qui sépare la glande en deux.

Une artériole venue de l'aorte gauche aboutit à la concavité de ce croissant glandulaire.

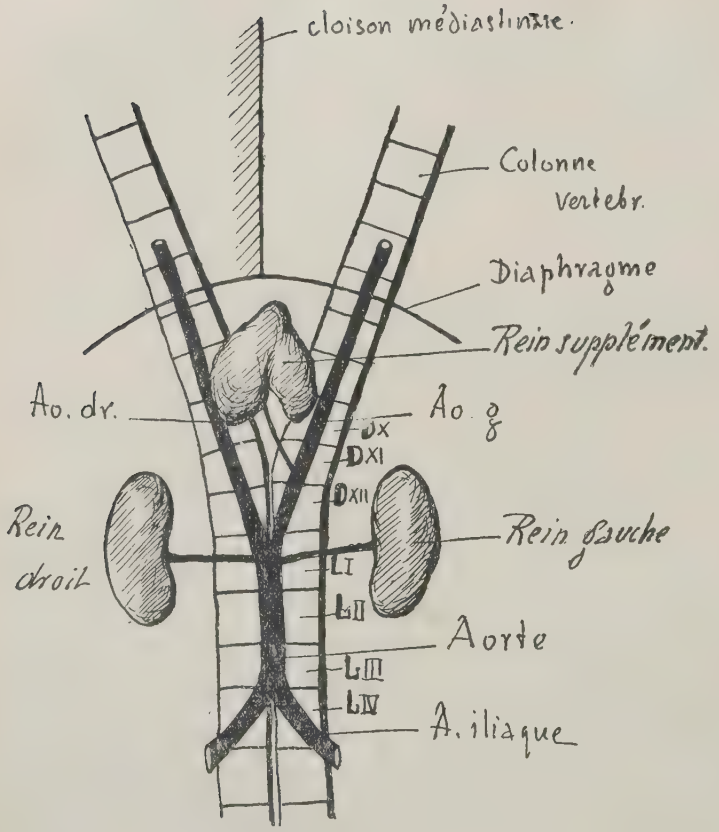

Fig. 3

(*La dissection n'a pas permis de retrouver un canal excréteur à cette glande, et l'état de putréfaction de cette masse glandulaire n'a pas permis d'en étudier la structure au microscope.*)

Organes génitaux

Il existe un utérus, ayant la forme de l'utérus infantile et pesant 10 grammes.

Les annexes sont normales.

Le vagin est normal.

Appareil circulatoire dans l'abdomen

Nous avons vu les crosses de l'aorte gagner chacune la colonne vertébrale correspondante et descendre en soulevant des replis pleuraux. Elles traversent le diaphragme et convergent en descendant, de chaque côté du rein supplémentaire, émettant leurs branches : diaphragmatiques inférieures, capsulaires, troncs cœliaques, mésentériques.

Puis elles se réunissent au niveau du disque qui sépare la douzième vertèbre dorsale de la première vertèbre lombaire, pour constituer un tronc unique volumineux qui descend en avant du sillon séparant les deux colonnes, et se divise normalement au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, en deux artères iliaques primitives.

De ce tronc aortique commun et terminal se détachent les artères spermatiques et rénales.

A droite et en arrière de la bifurcation de l'aorte se trouve la réunion des deux *veines iliaques* primitives, qui vont constituer la *veine cave inférieure*. Celle-ci monte d'abord à droite du tronc artériel, puis entre les deux aortes, atteint le bord postérieur du foie, qui se creuse pour la recevoir, traverse le diaphragme et gagne, ainsi que nous l'avons vu, l'oreillette commune.

Le *système azygos* est également bien développé.

Il existe deux *canaux thoraciques*.

Chacun d'eux montant en avant de chaque colonne vertébrale.

Système nerveux

Il existe 2 *encéphales* normaux :

2 *moelles* ;

2 plexus cervicaux de chaque côté ;

2 plexus brachiaux de chaque côté.

Mais les deux plexus internes sont très peu développés, donnant naissance à deux ou trois filets nerveux très grêles qui s'anastomosent entre eux et avec ceux du côté opposé, et se rendent au bras rudimentaire.

Il existe douze *nerfs intercostaux* de chaque côté pour chaque embryon mais les deux *séries* internes sont très grêles et s'anastomosent entre elles.

Il y a douze *plexus lombaires* de chaque côté, mais les plexus internes sont très peu développés ; deux *plexus sacrés* de chaque côté, mais les nerfs sacrés sortis par la série de trous internes sont très grêle est s'anastomosent entre eux.

Note : La mauvaise conservation du sujet n'a pas permis de poursuivre la dissection des terminaisons nerveuses et vasculaires dans les membres, et en particulier dans le bras atrophié.

SQUELETTE

Si l'on examine le squelette, on voit deux colonnes vertébrales, éloignées dans la région cervicale de 4 centimètres environ, se rapprocher progressivement dans la région dorsale où elles décrivent une courbe à convexité interne ; puis elles descendent accolées, mais distinctes. Elles se terminent par *deux sacrums* accolés, et *deux coccyx* qui s'écartent l'un de l'autre.

Le nombre des *vertèbres* est normal ainsi que leur disposition.

Il y a *douze côtes* normales de chaque côté, s'articulant en arrière avec les vertèbres dorsales, et en avant avec un *sternum unique* de forme allongée, et présentant un appendice xiphoïde bifide.

Sur la poignée de ce sternum viennent s'articuler deux clavicules normales et deux clavicules supplémentaires venues de la région du dos où elles s'articulent avec une omoplate supplémentaire, et passant entre les deux cous.

Si l'on examine le squelette par sa face postérieure, on voit les deux colonnes complètement libres dans la région cervicale et *réunies* à partir *de la première vertèbre dorsale* par *des côtes rudimentaires*, au nombre de douze de chaque côté par conséquent.

Ces côtes rudimentaires se fusionnent sur la ligne médiane et, sauf les quatre premières, forment en se réu-

nissant une sorte de crête à convexité postérieure qui recouvre en partie la crête sous-jacente.

Cette jonction des colonnes dorsales se continue dans la région lombaire. Car les apophyses transverses des vertébres lombaires, comprises entre les deux colonnes, s'articulent également sur la ligne médiane.

Les sacrums sont accolés l'un à l'autre par leurs faces internes et par leurs faces externes s'articulent de chaque côté avec un os iliaque.

Le bassin se trouve ainsi élargi dans le sens transversal.

A part le double sacrum, le bassin est normal.

Le squelette des membres inférieurs n'offre rien de particulier.

Il n'y a pas trace de membre inférieur supplémentaire.

Sur les grandes côtes sont appliqués deux *omoplates* normales. Chacune d'elles s'articule avec une clavicule et un humérus.

Le squelette des membres supérieurs n'offre rien d'anormal.

Mais il nous reste à étudier le squelette du bras rudimentaire.

Il est constitué par trois os :

1° Une *omoplate* de forme très spéciale, semblant résulter de la fusion de deux omoplates.

Elle est appliquée par sa face concave sur les quatre premières côtes rudimentaires, entre les deux colonnes.

Sa face postérieure convexe présente une crête ou apophyse très développée.

Elle s'articule en haut par une large cavité glénoïde avec une grosse tête humérale ; et latéralement avec deux *cla-*

vicules longues et grêles, qui se dirigent en avant entre les deux cous, s'accolent progressivement et s'articulent avec la poignée du sternum unique.

2° Un *humérus*, long de 6 centimètres, dont le corps est assez grêle, la tête assez bien développée ; l'extrémité inférieure très peu développée.

Cet humérus s'articule avec un os *unique* qui constitue le squelette de l'avant-bras.

Cet os ressemble à un cubitus très grêle. Il a une longueur de 4 centimètres, une tête qui ressemble à une tête cubitale, et une extrémité inférieure arrondie.

Il n'y a pas trace de squelette du carpe ou de la main.

La planche reproduit le squelette étalé. — Le sternum est à part, à gauche. — Les côtes ont été écartées par un fil de fer — Le squelette du bras rudimentaire a été mis en place du mieux possible, entre les deux cous. — Le squelette sera monté ultérieurement par M. Jumelin. — Le squelette monté sera conservé à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, dans la collection de M. Doléris, ainsi que le moulage dû également à M. Jumelin.

CHAPITRE III

D'après l'étude anatomique qui précède, il est facile de conclure que ce monstre doit être rangé dans le groupe des sysomiens, et le genre des Derodymes, *d'après la classification de Geoffroy Saint-Hilaire.*

Voici, en effet, comment s'exprime cet auteur au sujet des monstres de cette espèce.

Monstres doubles sysomiens

GENRE III. — DERODYMES

Ce nom exactement formé suivant les principes et les conventions de la nomenclature que j'ai proposée en 1830 a été donné tout récemment à ce genre par M. Frédéric Lauth, et indique bien la conformation extérieure des monstres qu'il désigne. C'est, en effet, seulement à partir du col, ordinairement de sa partie inférieure, que la séparation des deux individus composants a lieu chez les Dérodymes ; ces êtres doubles à deux têtes et deux cols portés sur un seul corps, mais sur un corps qui offre encore comme chez tous les sysomiens de nombreuses traces de duplicité.

La dérodymie, très difficile à comprendre pour qui ne s'est point encore familiarisé avec l'étude des genres précédents n'est dans la réalité, qu'une modification, qu'un degré plus anormal encore de la xiphodymie.

Chez les xiphodymes. les deux rachis très rapprochés inférieurement sont, au contraire, très écartés supérieurement.

Il y a ainsi place sur les côtés de chacun d'eux, même dans la région xiphoïdale, où les deux thorax sont réunis, pour les côtes droites et pour les gauches ; et de là l'existence de quatre rangs de côtes, s'écartant peu de la conformation normale, et se portant toutes sur le double sternum.

Chez les dérodymes, au contraire, genre dans lequel la fusion est généralement plus intime, les deux rachis, très rapprochés inférieurement, réunis même le plus souvent dans la région sacrée, montent presque parallélement l'un à l'autre, au lieu de s'écarter supérieurement l'un de l'autre : ils ne laissent donc entre eux, dans toute leur étendue, qu'un intervalle très étroit. De là une disposition nécessairement anormale des côtes. Chaque vertèbre dorsale porte encore du côté externe une côte normalement conformée, aboutissant à un sternum également de conformation normale ; mais du côté interne, ou mieux du côté de l'union, il n'existe plus qu'une côte très courte, rudimentaire, dont l'extrémité rencontre celle de la côte correspondante de l'autre individu, et se soude avec elle au milieu de l'étroit intervalle des deux rachis, précisément sur l'axe d'union.

Ainsi le thorax d'un dérodyme examiné en avant paraît appartenir à un individu régulier, en arrière à un monstre très complexe. La paroi antérieure, quoique appartenant pour moitié à chacun des individus composants, n'offre dans sa conformation rien d'anormal, mais les deux rangs de côtes se portent sur deux rachis différents ; et entre ceux-ci, vis-à-vis de la grande paroi thoracique, se trouve une seconde paroi également commune aux deux individus composants, également divi-

sée sur la ligne médiane par l'axe d'union, mais rudimentaire, et dont le sternum est même complètement avorté.

Ce qui caractérise essentiellement les dérodymes, c'est donc le rapprochement de leurs rachis, aussi bien dans la moitié sus-ombilicale du tronc qu'au-dessous de l'ombilic. En d'autres termes, la similitude de la disposition du squelette dans le thorax ou le bassin. Par suite les membres thoraciques et les membres pelviens se trouvent aussi dans les mêmes conditions. Les dérodymes ont en général quatre membres bien conformés et normalement disposés, quoique chaque paire appartienne pour moitié à l'un et à l'autre des individus composants. En outre, à ces quatre membres peuvent s'ajouter, soit dans la région pelvienne, soit dans la région thoracique, soit dans l'une et dans l'autre à la fois, *un membre rudimentaire commun* inséré sur l'axe d'union, entre les deux rachis.

Les modifications des viscères sont aussi exactement en rapport avec celles du squelette. Les viscères abdominaux ou pelviens, de même que la région inférieure du squelette, sont comme chez les xiphodymes ou ne diffèrent que par une tendance un peu plus marquée à l'unité.

Au-dessous du double diaphragme on trouve un foie unique mais complètement double et pourvu de deux vésicules ; deux pancréas, deux estomacs et après eux deux intestins distincts, jusqu'au commencement de l'iléon ou même au cæcum ; rarement un double estomac suivi d'un seul intestin. Enfin les organes génitaux et urinaires, pour la plupart uniques, mais offrant encore les traces plus ou moins manifestes de duplicité : telle est la disposition ordinaire mais non entièrement constante des viscères abdominaux.

Les viscères thoraciques offrent au contraire des caractères

particuliers chez les dérodymes. Le sternum étant unique, il n'existe qu'un seul péricarde renfermant ou deux cœurs contigus ou un seul cœur. Et ce cœur, quoique commun aux deux individus composants et donnant insertion à des vaisseaux pour la plupart doubles, est souvent très simple et même dans quelques cas reste au-dessous du degré normal de complication.

De semblables rapports s'observent entre la disposition des parois thoraciques et celle des poumons.

De même qu'il existe en avant et en dehors deux rangs de côtes normalement conformées, et en dedans du côté de l'union, deux autres rangs de côtes très petites et rudimentaires, de même aussi il existe en avant et en dehors une paire de poumons normalement développés, auxquels s'ajoutent le plus souvent, mais non constamment, deux autres petits poumons, placés en arrière et en dedans. Ceux-ci seront sans doute trouvés, dans quelques cas, soudés entre eux, comme les côtes qui les protègent. De chaque paire de poumons, composée d'un grand et d'un petit, naît une trachée-artère.

Le thymus et toutes les parties cervicales sont doubles.

La fusion fréquente des deux cœurs en un seul, quelquefois un peu plus compliqué, quelquefois moins complet même qu'un cœur normal et, pour les autres cas, la réunion des gros vaisseaux me paraissent expliquer pourquoi, sur un assez grand nombre de dérodymes, déjà connus chez l'homme, on n'a point encore d'exemples qu'un seul ait longtemps survécu à sa naissance. Toutefois, il n'est nullement impossible que le cœur, ordinairement trop ou trop peu compliqué chez les dérodymes, se trouve chez quelques sujets dans un état moyen et normal de complication : hypothèse dans laquelle le sujet serait viable,

pourvu que la monstruosité principale ne se trouvât compliquée d'aucun vice accessoire de conformation.

On voit que cette description d'un type général, cadre bien avec la description du type particulier qui nous occupe. Il en est de même de la description qui se trouve dans les traités classiques tels que ceux de MM. *Ribemont-Dessaignes et Lepage. Tarnier et Budin.* Ces derniers s'expriment ainsi:

Chez les dérodymes, le tronc, sur lequel on reconnaît à l'extérieur quelques vestiges de bifidité, est unique dans toute sa hauteur. Les membres sont généralement en nombre normal. Cependant on peut parfois trouver,en haut ou en bas, des débris de membres supplémentaires. La division ne devient apparente qu'au cou. On a dès lors un seul corps surmonté de deux têtes. Si l'on étudie les squelettes de dérodymes, on s'aperçoit que ces monstres ne diffèrent en réalité des xyphodymes qu'en ce que les colonnes vertébrales sont voisines l'une de l'autre et montent presque parallèlement. De leur bord externe partent des côtes bien développées qui viennent sur la partie médiane du monstre s'insérer sur un sternum élargi tandis que du bord interne partent des côtes atrophiées très courtes, qui, au niveau du plan médian du dos, rencontrent les côtes venant de l'autre colonne vertébrale et se soudent à elles.

Dans le traité de M. Bar, M. Rabaud établit une classe distincte de dérodymes : les *sternodymes,* dans laquelle le monstre qui nous occupe nous paraît devoir être rangé, puisqu'il ne possède qu'un seul sternum.

Dans le livre d'Ahlfeld « Les monstruosités humaines » on trouve une description des monstres bicé-

phales ; description complétée par une série de figures réunies dans un atlas.

AHLFELD (traduit de l'allemand)

Du Dicéphale

Déjà, dans une série plus élevée de monstres à double visage, se montre une double colonne vertébrale, qui, dans la majorité des cas, se réunit dans le bassin, mais souvent aussi reste séparée.

La réunion des colonnes vertébrales divergeant vers le haut a lieu toujours plus bas qu'on ne pourrrait le prévoir d'après le corps des vertèbres.

Nous constatons non seulement la division du cou, qui est visible extérieurement, mais aussi le dédoublement du thorax.

Plus la division de haut en bas est prononcée, plus le développement des deux moitiés des deux corps est complet.

Tandis que, dans les cas où l'on observe une simple division de la tête, on ne trouve que deux bras seulement (*Dicephalus dibrachius*) on en trouve trois quand la division est plus complète (*Dicephalus tribrachius*).

Si le dédoublement est encore plus complet, on voit alors en général un bras postérieur qui a quelquefois deux attaches ; et enfin, quand le dédoublement est parfait, on a quatre bras (*Dicephalus tetrabrachius*).

En ce qui concerne le dédoublement du thorax, nous trouvons les poumons et le cœur complètement développés.

Déjà le bicéphale à trois bras peut vivre pendant quelques temps. Car chez lui les cœurs peuvent être complètement

séparés, tout en pouvant être compris dans un même péricarde.

Le bicéphale à quatre bras a toujours deux cavités thoraciques complètement constituées avec deux cœurs parfaitement séparés et quatre poumons ; tandis que les tubes intestinaux se sont fusionnés inférieurement et que les organes génitaux sont du même sexe.

S'il ne survient aucune complication, ce double individu peut vivre.

Mais, généralement, *le plus grand nombre des bicéphales meurt à cause des difficultés de l'accouchement.*

Cette forme de dédoublement antérieur est relativement fréquente.

De la riche littérature, j'extrais quelques cas rares devenus célèbres :

Naef. Osiander. Nouveaux Mémoires.
1. Bd. Gœttingen, 1797.

Réunion de la colonne vertébrale à partir de la première vertèbre dorsale.

L'oncle de ce bicéphale était également un Dicephalus dibrachius.

Neubeck. — De Dicephalo Dibrachio
Thèse inaugurale. Halle, 1866.

Dans ce cas, qui est semblable au précédent, on trouve un dédoublement complet de la colonne vertébrale.

Atlas d'Ahlfed. Tableau X. Figures 5 et 6.

Andrea Emmenius. Dessin et description de deux monstres. Leipzig, 1627.

Ce dicéphalus tribrachius, appelé Sara Anna, était né à Schœdellage et a vécu une demi-heure. Les deux cœurs étaient privés de péricarde.

Serres.—Mémoires de l'Académie des Sciences. Tableau XI. *1832. P. 759.*

Dans ce cas très connu, il s'agit de deux fillettes : Ritta-Christina, qui naquirent en Sardaigne, en mars 1829. Aussitôt après leur naissance, elles furent apportées en France, où elles furent exposées, et où elles moururent le 23 novembre de la même année, ayant vécu, par conséquent, huit mois et quelques jours.

Elles appartenaient au Dicephalus Tetrabrachius.

Les colonnes vertébrales se réunissaient au niveau du bassin.

L'intestin était divisé, jusqu'à l'embouchure du canal omphalo-mésentérique dans l'iléon.

Deux cœurs dans un péricade commun.

Le cœur de Ritta possédait trois orifices au niveau de la cloison interauriculaire.

Il y avait deux veines caves supérieures : l'une débouchant dans l'oreillette droite ; l'autre dans l'oreillette gauche.

Cette anomalie explique la cyanose de Ritta et sa faiblesse générale.

Il y avait deux reins, un de chaque côté.

Deux utérus, l'un en avant, l'autre en arrière de la masse intestinale.

Avec chaque utérus : deux trompes et deux ovaires.

Une vessie commune.

Le bassin était difforme avec en arrière un petit appendice qui pourrait être pris pour une troisième extrémité inférieure.

L'étude physiologique fut poursuivie plus loin par Serres.

En ce qui concerne la séparation complète du cerveau, de la moëlle et du cœur, les fonctions de ces organes étaient presque complètement autonomes.

Remarquons que dans ce cas célèbre de Ritta-Christina il ne s'agit pas d'un dérodyme ou d'un sternodyme mais bien d'un thoracodyme, différent par conséquent du monstre qui nous occupe.

Une série de figures des planches 10 et 11 nous donne un aperçu de la séparation progressive de la moitié supérieure du corps.

La *figure 7 de la planche* X représente un dérodyme typique avec un thorax, deux cous, deux têtes et deux membres supérieurs.

La *figure 10 de la planche* X représente un monstre vu de dos, et qui paraît semblable au nôtre : c'est-à-dire un tronc unique, deux cous, deux têtes et trois membres supérieurs dont un atrophié, émergeant entre les deux cous, et de forme conique, se terminant par une extrémité effilée.

La *figure 2 de la planche* XI représente un monstre analogue au précédent, mais chez lequel le troisième bras atrophié se termine par une main complexe, résultant de la

fusion de deux mains, *ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent.*

Musée Dupuytren

Voici la description sommaire des monstres dérodymes qui se trouvent au Musée Dupuytren.

N° 126. — *Squelette d'un fœtus sysomien. Genre dérodyme.*

Il se compose de deux crânes, deux colonnes vertébrales totalement indépendantes, ne se rapprochant pas vers le bas. Le nombre des vertèbres est normal. Chaque colonne se termine par un sacrum et un coccyx.

Le bassin est très agrandi dans le diamètre transversal. Il est constitué par quatre os iliaques, deux antérieurs et deux postérieurs.

Les antérieurs sont normaux et s'étendent de la face externe de chaque sacrum à la symphyse pubienne.

Les postérieurs sont orientés dans un plan presque horizontal et s'étendent de la face interne de chaque sacrum, jusqu'à une sorte de symphyse postérieure qu'ils forment en s'unissant l'un à l'autre. Leur face postéro-inférieure s'articule sur la ligne médiane avec une tête fémorale atrophiée. Il existe en effet chez ce monstre trois membres pelviens :

Deux antéro-latéraux, à leur place normale, s'articulant avec les os iliaques antérieurs et un postérieur s'articulant avec les os iliaques postérieurs, et comprenant un

fémur, une articulation du genou, un seul os à la jambe, et un pied comprenant six métatarsiens et six doigts.

De chaque colonne dorsale partent en avant douze côtes de chaque côté, qui viennent se fixer sur un sternum antérieur, très allongé et très mince, deux omoplates normales deux clavicules, deux membres supérieurs normaux.

Mais il existe en arrière un membre supplémentaire constitué ainsi :

De chaque colonne partent en arrière une série de douze côtes grêles, qui viennent se jeter sur un sternum postérieur très atrophié. Sur les trois premières de ces côtes s'appliquent deux omoplates assez bien developpées et fusionnées sur la ligne médiane. Ces omoplates s'articulent en haut avec deux clavicules grêles qui, passant entre les deux cous, viennent se fixer sur la poignée du sternum antérieur.

Ces omoplates s'articulent en bas avec un humérus unique volumineux, lequel s'articule au coude, avec trois os qui constituent le squelette de l'avant-bras, et qui s'articulent eux-mêmes au niveau du poignet avec cinq métacarpiens.

Ce monstre, bien que classé parmi les dérodymes, nous semble appartenir plutôt aux xiphodymes, et diffère essentiellement du nôtre par la séparation des colonnes vertébrales. et la présence de côtes postérieures bien développées, de deux omoplates postérieures, et d'un membre inférieur supplémentaire.

N° 127. — Fœtus sysomien, dérodyme.

Est classique et comprend un tronc unique, deux cous, deux têtes, deux membres supérieurs, deux inférieurs.

N° 128. — Ce monstre se compose d'un tronc unique, deux têtes, deux bras. Pas de bras supplémentaire. Les colonnes vertébrales convergent vers le bas. Deux sacrums, deux coccyx. Bassin élargi dans le sens transversal. Deux membres inférieurs. Les colonnes dorsales sont unies en arrière par des côtes atrophiées.

Ce monstre ne diffère du nôtre que par l'absence du bras supplémentaire.

N° 129. — *Squelette de fœtus sysomien. Genre dérodyme.*

Comprend : deux crânes, deux colonnes vertébrales qui convergent en descendant et se fusionnent dans la région lombaire. Deux sacrums fusionnés, deux coccyx qui divergent. Deux os iliaques aplatis et disposés presque verticalement. Squelette des jambes normal. Côtes normales bien développées. Deux omoplates, deux clavicules, deux humérus, squelette du bras normal.

Dans la région dorsale, les deux colonnes sont réunies en arrière par des côtes rudimentaires (exactement semblables à celles de notre monstre) qui se fusionnent sur la ligne médiane en formant une sorte de crête.

N° 130. — *Squelette de fœtus sysomien.*
Genre dérodyme.

Comprend : deux crânes, deux colonnes vertébrales indépendantes dans la région cervicale supérieure, adhérentes dans la région dorsale supérieure, indépendantes dans la région dorsale inférieure et lombaire. Deux sacrums fusionnés, un coccyx, deux os iliaques, deux membres inférieurs normaux, deux membres supérieurs normaux, deux clavicules.

Les colonnes dorsales supérieures sont réunies par des côtes atrophiées.

Monstres humains dérodymes de la collection du Muséum a Paris

Voici la description sommaire des monstres humains dérodymes que nous trouvons au Muséum.

N° 8598. — *Fœtus humain à terme. — Peau bourrée.*

Ce fœtus comprend deux têtes et deux cous séparés, un thorax unique, un sternum. Deux colonnes vertébrales qui s'écartent à la partie supérieure et se rejoignent vers le bas. Deux sacrums accolés. Un bassin élargi. Deux membres inférieurs. Deux membres supérieurs normaux. Mais il existe en outre, entre les deux cous, un bras rudimentaire long de 10 centimètres et comprenant trois segments atrophiés, un bras, une articulation du coude, un avant-bras très atrophié, et une ébauche de main.

Ce monstre se rapproche donc beaucoup du nôtre et n'en diffère au point de vue aspect extérieur que par la présence d'une ébauche de main.

N° 5563. — *Modèle en plâtre d'un fœtus humain à terme dérodyme.*

Ce fœtus est semblable au précédent et n'en diffère que par le bras supplémentaire. Celui-ci comprend un bras, un avant-bras, et deux mains ébauchées. Chaque main étant constituée par deux saillies allongées, séparées par un sillon.

N° 718. — *Fœtus humain à terme dérodyme.*

Ce fœtus, conservé dans un bocal, est disposé de telle façon qu'il est impossible de voir sa face postérieure.

Il comprend deux cous, deux têtes, deux membres inférieurs, un thorax unique, deux membres supérieurs normalement développés. Et, en outre, un bras très rudimentaire apparaissant entre les deux cous et long de 2 à 3 centimètres seulement.

N° 8602. — *Négrillons à terme. — Monstre dérodyme. Une des têtes est atteinte d'anencéphalie*

L'aspect extérieur de ce monstre est semblable à notre monstre. Il en diffère par ce fait que le bras rudimentaire comprend trois segments : un bras, un avant-bras et une ébauche de main constituée par une saillie longue de 3 centimètres environ.

N° 8.603. — *Est le modèle en plâtre du monstre précédent*

De nombreux cas de monstres bicéphales publiés en France, et surtout à l'étranger, nous extrayons les suivants, qui se rapprochent le plus du cas qui nous occupe :

MONSTRE BICÉPHALE

par T. Appel, chirurgien de l'hôpital de Lancaster. Extrait du *Journal américain des Sciences médicales*. (Traduit de l'anglais.)

Le 21 mars 1904 une jeune femme fut admise à l'hôpital. Elle était en travail et à terme.

On ne trouva rien d'anormal à l'inspection du ventre, qui était seulement un peu plus conique que le contenu.

Les douleurs étaient fortes et normales se succédant toutes les trois minutes environ.

Le toucher vaginal, en apparence normale, révela une présentation du sommet en O. I. D. A.

Les membranes intacts furent rompues et la tête apparut à la vulve. L'extraction de la tête fut très pénible et finalement accomplie cependant ; mais la rotation ne se fit pas.

Bientôt la tête tourna vers la gauche de 90 degrés environ, puis elle s'arrêta ; le fœtus paraissait bloqué dans l'excavation. Les tractions furent sans effet.

Le toucher révéla les épaules dans l'excavation pelvienne hors de l'utérus.

Après anesthésie totale on put arriver à sortir deux bras, mais les humérus furent fracturés.

Alors l'enfant commença à respirer, mais le reste du corps restait inamovible.

Soudain une troisième main apparut à la vulve.

Au bout d'une demi-heure environ d'efforts pénibles, une nouvelle rotation de 90 degrés environ s'effectua vers la gauche et l'enfant fut facilement extrait.

La deuxième tête, située à droite, regardait en avant, face à la tête gauche.

Après ligature du cordon, on extrait sans difficulté un placenta assez petit. Légère hémorragie du col due à une déchirure qui fut aussitôt suturée.

Pas de déchirure du périnée.

Le monstre après sa naissance respira environ deux heures.

Les pulsations cardiaques augmentaient graduellement de force.

C'était un spécimen parfait de monstre bicéphale, avec quatre bras et un seul tronc.

Les dimensions étaient les suivantes :

	Tête gauche	Tête droite
Circonférence	33 cm.	33 1/6
Diamètres :		
Bitemporal	7	7
Biparietal	8	8 1/2
Occipito-frontal	11 1/2	10
Occipito-mental	12	12 1/2
Sub-occipito-brigmatique	12	13
Circonférence du thorax	46 cm.	
Diamètre sagittal	7	
Pariétal	20	

En avant la fusion paraissait complète, tandis qu'en arrière il y avait deux colonnes vertébrales distinctes, réunies par des côtes atrophiées.

Le squelette du pelvis était formé par cinq os distincts : deux pubis normaux réunis par une symphyse normale, deux sacrums normaux, s'articulant chacun avec un coccyx ; et il y avait un os réunissant les deux sacrums et résultant probablement de la fusion des ischions.

Après la mort du monstre, une autopsie partielle fut pratiquée sans trop abîmer le fœtus.

L'ouverture de l'abdomen montra un contenu presque normal, mais l'anus était imperforé et le rectum distendu par le méconium.

Un seul estomac dans lequel s'ouvraient, par une ouverture commune, deux œsophages.

Le foie était gros et, d'après son contour irrégulier, on peut supposer qu'il était formé par la réunion de deux foies.

Une seule vésicule.

Les reins étaient normaux.

Les testicules non descendus.

A l'examen du thorax on trouva deux cœurs dans un seul péricarde, tandis que les poumons montraient deux lobes externes apparemment normaux, tandis que les lobes internes étaient plus ou moins fusionnés.

Lancette de Londres, 1899, t. II, p. 489.

Sur un monstre bicéphale

Il s'agit d'un monstre à deux têtes et deux cous bien distincts né à terme le 6 avril 1899, après un accouchement normal.

Autopsie. — On voit deux cous distincts partant d'un tronc unique. Deux colonnes vertébrales séparées par un petit intervalle et qui se réunissaient au niveau d'un sacrum unique. Il n'y avait pas d'autres anomalies du squelette ; les bras et les jambes étaient normaux comme nombre et comme conformation.

La cavité thoracique était partiellement divisée en trois compartiments par la saillie des deux colonnes vertébrales et par des cloisons de tissu conjonctif. Dans le compartiment central se trouvait le cœur, unique et bien conformé. Les loges latérales étaient occupées par des poumons normaux. La crosse de l'aorte était normale mais donnait des troncs artériels pour les deux cous.

Il y avait deux œsophages distincts et complets, qui s'ouvraient chacun dans un estomac distinct.

L'estomac droit était un cul-de-sac.

Le gauche était petit mais normal.

L'intestin partant de l'estomac gauche était normal en lui-même, mais accompagné dans la plus grande partie de son trajet par un petit conduit imparfait qui se confondait avec lui à 1 centimètre de la valvule iléo-cœcale. Cette dernière était normale à tous point de vue, comme tout le gros intestin. Le trajet de cet intestin droit atrophié coïncidait exactement avec celui de l'intestin gauche au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. A partir de ce point, il était représenté par un cul-de-sac se dirigeant vers le pylore de l'estomac droit et relié à lui par des tractus fibreux.

Il y avait deux rates : une dans chaque hypochondre en rapport chacune avec un des deux estomacs.

Observation d'un bicéphale a deux bras

(Traduite de l'allemand, et résumée.)

(Léopold G. — *Archives de Gynécologie de Berlin*, 1904, p. 264-267)

Le 13 octobre 1903, une primipare de trente-quatre ans accoucha dans ma clinique d'un enfant bicéphale.

Mme Marie M..., née à terme, a eu ses dernières règles le 30 décembre 1902 et a perçu les premiers mouvements de l'enfant le 15 mai 1903.

Sa mère a eu cinq enfants et est morte à la naissance du cinquième enfant.

Le père est mort du choléra.

Ses sœurs sont vivantes et bien portantes.

Mme M... déclare avoir été envoyée par son médecin à la clinique parce qu'elle avait un bassin rétréci.

Elle a des douleurs lombaires depuis le 12 octobre à midi ; les douleurs sont plus fortes depuis le 13 à 4 heures du matin, et se répètent toutes les cinq minutes.

Etat actuel. — Mme M..., est de taille normale et bien constituée ; le promontoire est inaccessible.

La présentation est longitudinale : le siège est dans le fond de l'utérus : le sommet est profondément engagé.

On sent des petites parties, en haut, de chaque côté. En outre, à gauche ét un peu au-dessus de l'ombilic, on sent une grosse partie fœtale ronde et dure.

Les bruits du cœur sont bons à 144 et perçus au-dessous de l'ombilic à droite de la ligne médiane.

La vulve et le vagin sont étroits, les parois rigides. La dilatation du col est de la grandeur d'une pièce de 10 pfennig.

La poche des eaux est intacte.

On place un ballon de 300 grammes pour distendre les parties molles ; et on le retire au bout de trois heures.

Le liquide amniotique teinté de méconium s'écoule. La dilatation est de deux marks. Les douleurs sont fortes toutes les deux minutes. Les bruits du cœur réguliers s'entendent à droite et au-dessus de l'ombilic. Les petites parties sont perçues distinctement en haut, à gauche et à droite.

14 octobre. — A minuit, les bruits du cœur deviennent plus lents et sourds, et bientôt ne s'entendent plus nulle part.

On place un dilatateur et à six heures la dilatation est d'une petite assiette.

A 6 h. 45, on décide de pratiquer la perforation de la tête de l'enfant après avoir précisé le diagnostic de la position. Le dos du fœtus était placé à gauche en bas, vers la droite en haut. Une des têtes (qui fut reconnue plus tard être la tête droite), était placée à l'entrée du bassin ; la tête gauche, au-dessus et à gauche de la droite dans le côté gauche de l'utérus.

Après la perforation du crâne, le cranioclaste fut appliqué et on essaya de dégager lentement la tête. On s'aperçoit alors que la deuxième tête (qui était à gauche et en haut) suit le mouvement. Le diagnostic de bicéphale est alors posé avec certitude.

On essaya alors d'extraire lentement la première tête avec le cranioclaste, mais cela ne réussissant pas, on employa les pinces de Boer pour enlever les esquilles et avoir par ce moyen une entrée plus large pour la main. La main gauche de l'opérateur repoussa prudemment la tête vers le tronc de l'enfant et

alla chercher le pied droit qui fut muni d'un lac. En même temps un aide exerçait sur les deux têtes une forte pression pour éviter la dilatation de l'utérus et la rupture.

On pratiqua alors la perforation de l'abdomen et l'éventration à l'aide des pinces de Boer ; et tirant sur la jambe droite, puis sur la jambe gauche, on arriva à dégager le tronc jusqu'aux épaules. Celles-ci furent extraites à grand'peine, après de nombreuses manœuvres faites très prudemment. Le bras gauche vint le premier, puis le bras droit, suivi de la première tête (perforée) ou tête droite. On aperçut alors un second cou sur lequel était implantée la deuxième tête, qui fut perforée et dégagée à l'aide d'un crochet planté dans la base du crâne.

L'utérus revint sur lui-même aussitôt. La délivrance se fit facilement par l'expression.

Le périnée déchiré fut recousu. Une injection intra-utérine fut donnée. Glace sur le ventre. Piqûre d'ergotine.

Les suites de couches furent normales. La malade sortit au bout de quinze jours.

Description du monstre

Poids : 2.400 grammes. Longueur : 42 centimètres.

La radiographie montre qu'il s'agit d'un tronc à deux bras et deux jambes mais à deux cous et deux têtes.

Un bassin unique avec deux ischions et deux pubis ; mais un double sacrum ; et deux colonnes vertébrales qui montent en divergeant de plus en plus. Les membres supérieurs, les clavicules et les omoplates sont normaux. Mais les côtes sont disposées pour deux fœtus.

Examen de l'abdomen. — Imparfait à cause de l'éventration.

Un utérus unique ; annexes normales.

Un estomac, dans lequel débouche l'œsophage du fœtus droit. Il existe également un œsophage gauche ; mais il est rompu au niveau du diaphragme, de sorte que l'on ne peut dire s'il débouchait dans un autre estomac où dans l'estomac qui a été en partie conservé.

On trouve des morceaux de foie sous le diaphragme.

Examen du thorax. — On trouve deux poumons de chaque côté, soit quatre poumons en tout. De développement imparfait, ils présentent un aspect irrégulier.

Deux trachées bien séparées.

Le cœur est unique, mais divisé en deux parties, droite et gauche par un sillon étroit et peu profond.

Le sang veineux arrive par quatre grosses veines dans une cavité à paroi mince placée au niveau de la face postérieure du cœur. En avant de cette cavité se trouve une seconde cavité, séparée seulement de la précédente par une cloison membraneuse. De là partent les gros troncs artériels. Dans l'angle supérieur gauche émerge la grosse artère pulmonaire qui se divise bientôt en deux branches qui vont aux deux poumons du fœtus gauche Le tronc de l'artère pulmonaire est relié à l'aorte descendante par le canal de Botal.

Derrière l'artère pulmonaire se trouve l'origine de l'aorte gauche de la crosse de laquelle se détachent les deux troncs qui correspondent à des carotides et vont aux deux côtés du cou et de la tête gauches.

Dans l'angle supérieur droit émerge l'aorte droite qui donne naissance également aux troncs qui vont à la tête droite. En arrière de l'aorte, monte l'artère pulmonaire droite qui se

divise bientôt en deux branches pour les deux poumons du fœtus droit. Il n'y a pas de canal de Botal.

Les deux aortes descendantes se réunissent vers le milieu de la colonne vertébrale.

Les veines suivent les aortes et se fusionnent formant un tronc veineux qui aboutit à l'oreillette commune.

Si l'on prend pour base pour juger notre préparation les œuvres de *Fœrster : « Die missbildungen des Menschen » — Iéna, 1865, page 23, t. 1, fig. 8-10.* et de *Ahlfeld : « Die missbildungen des Menschen » — Leipzig, 1880, page 75, t. X,* on voit que ce monstre est un dicephalus dibrachius et a été observé, aussi bien dans sa forme exacte que dans ses variantes.

En outre, notre cas est intéressant au point de vue obstétrical : non seulement pour le diagnostic mais aussi pour le mécanisme de l'accouchement.

Il était difficile en effet de préciser la vraie signification de la tumeur ronde qui se trouvait à gauche dans l'utérus, et sa connexion avec la tête qui se trouvait engagée.

Pendant l'accouchement, la difficulté consistait en ce que la première tête perforée ne pouvait être dégagée et en ce que la descente d'un pied était difficile et dangereuse. La version en effet exposerait à une rupture utérine. Pour éviter celle-ci l'accoucheur avait trois choses à considérer :

1° Diminuer dans la mesure possible le volume du tronc de l'enfant et pour cela pratiquer l'éviscération ;

2° Faire glisser le siège en tirant snr la jambe gauche avec précaution, à travers le col de l'utérus, incomplètement dilaté : et pour cela on appliqua un crochet sur la hanche gauche, ce qui permit d'exercer des tractions prudentes et faciles ;

3° Empêcher les deux têtes de distendre à l'excès l'utérus, pendant que la version se pratiquait ; et pour cela les mains de l'aide exercèrent une contre-pression uniforme.

Une autre difficulté consistait à dégager le bras gauche. Car les deux têtes étaient implantées sur un thorax très large en haut. Le bras postérieur, le droit, était alors plus facile à dégager ; mais le gauche était très difficile, on y parvint néanmoins à l'aide du crochet.

Observations sur un enfant a deux têtes

(Delavergne. — *Journal de Médecine*. Paris, 1788, t. LXXV, p. 483.)

Françoise Duval, femme d'un laboureur, âgée de trente-cinq ans et mère de plusieurs enfants fort heureusement nés, ressentit le 11 novembre 1787 les premières douleurs, au terme ordinaire d'une grossesse sans accident. Le travail fut long et très douloureux. La sage-femme trouvait que la tête s'engageait difficilement. Enfin cette tête descendit et franchit peu à peu le passage.

On fit des efforts multipliés mais toujours inutiles pour engager les épaules qui ne portaient point malgré les plus vives contractions de l'utérus. Les choses restèrent quatorze à quinze heures dans cet état. Cependant les forces de la malade s'épuisaient : la tête de l'enfant, sur laquelle on avait fait les plus violentes tractions, et les parties génitales de la mère se tuméfiaient lorsqu'on se décida à envoyer chercher M. Iffalg, chirurgien accoucheur avantageusement connu dans le canton.

Ce fut sur ces entrefaites que cette femme se délivra seule.

La première tête sortie fut suivie d'une seconde tête et le tronc vint de suite au grand étonnement de tout les assistants. La mère n'éprouva aucune déchirure sensible et s'est parfaitement rétablie. Les magistrats me mandèrent pour assister à la dissection de cet enfant. Nous commençâmes nos recherches dans l'ordre suivant.

Extérieur de l'enfant. — Il avait deux têtes bien conformées, de grandeur naturelle, portées chacune sur un cou particulier qui s'implantait régulièrement sur des épaules fort larges. La tête droite avait des traits qui la rapprochaient du sexe féminin; les traits de la tête gauche étaient plus prononcés et annonçaient un garçon. Leur position respective était un peu oblique, c'est-à-dire que l'une penchait légèrement à droite et l'autre à gauche, comme deux branches d'arbre qui partent symétriquement d'un tronc commun.

Deux bras bien conformés et de grandeur naturelle étaient placés aux endroits ordinaires, et un troisième bras naissait postérieurement, à la jonction des deux cous. Il était un peu plus petit qu'un bras ordinaire et informe comme nous le dirons dans la description du squelette. Il était couché sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales.

La poitrine, le ventre et les hanches étaient extérieurement tels qu'on les voit dans un seul individu, au volume près qui était un tiers plus grand.

Il n'y avait qu'un seul sexe, il était masculin, un anus, deux cuisses, deux jambes et deux pieds, le tout très bien conformé et de grandeur naturelle. Le cordon ombilical était unique mais il contenait deux veines et seulement deux artères. La peau n'offrait nulle part rien de remarquable.

Intérieur de l'enfant — Nous trouvâmes d'abord le tube

intestinal simple et n'ayant rien de particulier depuis l'anus, jusqu'au milieu du jéjunum où il commençait à être double en remontant vers le duodénum. Nous suivîmes les deux intestins qui s'écartaient peu à peu l'un de l'autre, en faisant un angle fort aigu. L'un allait aboutir à un estomac qui était placé un peu du côté gauche ; l'autre traversait le diaphragme du côté droit et se rendait à un deuxième estomac qui était dans la poitrine du même côté. Le foie était un tiers plus volumineux que dans un enfant ordinaire; il avait deux grandes scissures à un demi-pouce l'une de l'autre, où se plongeaient les deux veines ombilicales. On y voyait deux vésicules du fiel, deux canaux cystiques, deux conduits hépatiques, et deux cholédoques.

Les autres viscères du bas-ventre étaient simples et absolument tels qu'on les trouve dans un seul individu de cet âge.

Nous ouvrîmes ensuite la poitrine par dessous le diaphragme pour ne pas endommager les côtes. Nous considérâmes d'abord le péricarde qui était très volumineux et mou.

En faisant l'ouverture, nous fûmes assez surpris d'y trouver deux cœurs qui se touchaient dans toute leur étendue correspondante. Ils étaient bien conformés et pourvus de leurs vaisseaux ordinaires qui fournissaient les artères carotides tant internes qu'externes et autres vaisseaux à chaque cou et à chaque tête. Le défaut d'injection nous empêcha de suivre la distribution ultérieure des autres ramifications; cependant nous vîmes très clairement que les gros troncs artériels descendant s'unissaient vers les piliers du diaphragme et qu'il n'y avait qu'une aorte ventrale.

Dans le côté droit de la poitrine nous trouvâmes le second estomac qui reposait sur le diaphragme.

Le poumon était semi-double et de forme irrégulière. La poitrine était partagée en trois cavités par deux médiastins, mais la cavité mitoyenne n'était presque rien. Dans chacune on voyait la distribution des bronches venant de chaque trachée-artère. Les deux œsophages étaient de grandeur naturelle et à leur place ordinaire.

Squelette. — Il présentait deux têtes et deux cous bien conformés, deux colonnes vertébrales qui se confondaient l'une et l'autre par leurs apophyses transversées opposées, depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à l'extrémité du sacrum. Cette réunion était si intime qu'il ne sortait point de nerfs des côtés accolés.

Quatre omoplates. Quatre clavicules. Deux omoplates et deux clavicules étaient à leur place naturelle, et recevaient deux bras bien conformés et très bien placés. Les deux autres omoplates se réunissaient à la partie supérieure du dos pour former une seule cavité glénoïde qui recevait la tête de l'humérus du troisième bras.

Les deux autres clavicules étaient situées entre les deux cous et s'articulaient en arrière avec les deux omoplates réunies et en avant avec le sternum qui était demi-double comme la colonne vertébrale et terminé par deux appendices xiphoïdes.

Le troisième bras était composé d'un humérus et d'un radius seulement, au bout duquel était un petit os *grêle et long d'un pouce et demi, terminé par un ongle bien conformé.*

Ce petit os tenait lieu du carpe, du métacarpe et des phalanges qui manquaient.

Tout le reste du squelette était finalement simple et bien naturel. Il était aussi parfaitement symétrique dans ses parties

doubles. Le côté droit n'anticipait point sur le côté gauche et *vice-versa*.

En sorte que si cet enfant avait pu vivre, tout le côté droit eût obéi à la tête droite et le côté gauche à la tête gauche. Car il y avait deux canaux vertébraux bien conformés qui commençaient à la première vertèbre dorsale et finissaient à l'extrémité du sacrum.

Laguesse et Bué. — (Compte rendu de la Société de Biologie de Paris, 1897, IV, p. 928)

Présentation d'un embryon humain dérodyme

Résumé. —Il s'agit d'un monstre humain dérodyme qui, d'après ses caractères, paraît arrêté dans son développement à la sixième ou septième semaine de la gestation. Il ne mesure pas plus de 19 millimètres de longueur, et nous croyons que c'est le plus jeune monstre double humain étudié avec quelque détail. Bien qu'il soit un peu déformé par une éventration, on voit nettement que la portion inférieure du corps est simple. Elle est flanquée des bourgeons de deux membres abdominaux seulement.

Sur un thorax élargi, pourvu également de deux membres antérieurs, on trouve deux cous et deux têtes divergentes, égales.

L'embryon a été coupé en série et nous avons pu ainsi reconstituer son anatomie. Il existe deux névraxes entièrement séparés. Les moelles se rapprochent d'avant en arrière, et se trouvent au niveau du sacrum dans un canal rachidien unique, mais elles restent distinctes jusqu'à l'extrémité. Il existe deux œsophages, deux estomac. Bref le tube digestif est double jus-

qu'au niveau de la portion descendante du duodénum, simple au delà. Le foie forme une masse unique. Deux trachées portent chacune deux poumons, encore au large dans la cavité thoracique, vu leur faible degré de développement. Le cœur semble d'abord unique, mais on trouve vers la pointe et à gauche une petite bosselure bilobée qui représente les deux ventricules du composant droit, restés rudimentaires, communiquant entre eux et avec ceux du cœur principal. De ces ventricules accessoires partent une seconde artère pulmonaire et une deuxième aorte, qui, placée en *situs inversus*, vient se confondre avec la première, dans sa portion descendante seulement, au niveau des onzième et douzième vertèbres dorsales. Ce qui reste des organes génito-urinaires est simple.

Le squelette mérite une mention toute particulière : il existe en effet deux cordes dorsales absolument distinctes d'un bout à l'autre. Mais les deux rachis cartilagineux développés autour sont intimement unis dans la région sacrée. Il existe par conséquent un seul sacrum avec traces de duplicité, portant en arrière deux coccyx séparés, et en avant deux colonnes lombaires et dorsales encore unies par les corps vertébraux, jusqu'au niveau de la deuxième lombaire, par les apophyses transverses jusqu'à la première, par une pièce costale intermédiaire au delà. Les colonnes cervicales sont complètement séparées.

Ainsi, nous assistons à une fusion graduelle des deux corps embryonnaires à mesure qu'ils se développent, puisque à deux notocordes, à deux ébauches squelettiques entièrement distinctes, nous voyons succéder une colonne vertébrale simple en quelques-unes de ses parties. Ce monstre dérive vraisemblablement pour nous de deux lignes primitives, provenant du

même ovule, soit après polyspermie, soit par suite d'un trouble de développement au cours de la segmentation.

Accouchement d'un fœtus dérodyme

Par MM. Guérin, Valmale et Gagnière de Montpellier. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris,* 1903.

Dans la soirée du 24 octobre 1903 l'un de nous était appelé par une sage-femme dans un village des environs de Montpellier pour y terminer un accouchement qui ne pouvait s'achever spontanément.

Il s'agissait d'une secondipare de vingt-neuf ans dont la première grossesse remontait à sept ans et avait donné naissance à un garçon normal.

Rien d'anormal dans les antécédents héréditaires.

Au mois de décembre 1902, alors qu'elle se trouvait en pleine période menstruelle, cette dame éprouva une violente émotion en assistant au suicide de son père. Les règles s'arrêtèrent aussitôt bien qu'elles fussent seulement à leur troisième jour tandis que d'habitude elles duraient desix à sept jours.

Le 15 janvier 1903, les règles apparurent, mais plus faibles et de moins longue durée que de coutume.

Depuis lors, elles ne reparurent plus, et l'on assista à l'évolution banale d'une grossesse normale.

Le 23 octobre 1903, c'est-à-dire à terme, le travail débuta. Il progressa lentement durant toute la nuit et la matinée du lendemain ; puis malgré les contractions utérines, il parut stationnaire.

A l'arrivée du médecin, vers 10 heures du soir, la sage-femme

lui déclara que la poche des eaux s'était rompue prématurément et que la tête fœtale, en présentation au sommet, était depuis plusieurs heures engagée en O. I. D. P. et n'avançait plus et qu'elle avait cru à un moment à la présence de deux jumeaux, mais n'avait pu s'en assurer.

La parturiente, de taille un peu au-dessous de la moyenne, paraissait bien constituée et n'offrait aucune trace de rachitisme ; elle paraissait brisée de fatigue : le pouls était rapide ; la peau sèche et chaude.

L'abdomen, très volumineux, tendu, portait un léger œdème sus-pubien. L'utérus, dur et résistant, ne permettait pas la palpation ; il était le siège de contractions fréquentes et très douloureuses.

Les bruits du cœur étaient sourds et rapides.

La vulve, œdématiée, laissait écouler un liquide amniotique teinté de méconium. Le col était complètement dilaté, la poche des eaux rompue ; une tête de volume normal occupait l'excavation en présentation du sommet mal fléchie O. I. D. P.

On résolut de terminer artificiellement cet accouchement. Une application fut faite avec le forceps Tarnier, et l'on dégagea la tête, mais jusqu'à la bouche seulement. On ne put aller plus loin. Un obstacle intra-pelvien s'y opposait, et après enlèvement du forceps, on dut ramener la fourchette en arrière du menton pour dégager ce dernier.

On pratiqua alors une exploration manuelle, et suivant le cou puis l'épaule gauche, on tomba sur un membre supérieur très volumineux au bout duquel on reconnut une double main. Le diagnostic de monstre double devenait très probable. Poussant plus haut, on trouva dans la fosse iliaque gauche une seconde tête unie par un cou au même membre monstrueux.

Le diagnostic s'imposait : il s'agissait d'un fœtus dicéphale.

Cette constatation faite, on entraîna hors la vulve le membre à la double main, qui parut au côté gauche de la tête extérieure. Puis, confiant à la sage-femme le soin d'effectuer des tractions sur ce membre et sur la tête, on dirigea ses efforts de la main gauche, tandis que de la droite, on maintenait la seconde tête dans le diamètre transverse du détroit supérieur, en fléchissant fortement son cou. Puis on imprima à la première tête et au double bras un mouvement de rotation de l'occiput vers la droite ; et en maintenant la deuxième tête dans le même diamètre, on vit les grands diamètres ordinaires du tronc se placer dans le bassin suivant un plan antéro-postérieur, tandis que la deuxième tête, par une flexion forcée de son cou, se pliait sur le devant du thorax et s'engageait ainsi dans le côté gauche du bassin.

Par cet accolement de la deuxième tête sur la poitrine, les grands diamètres habituels du thorax (transversaux) devenaient les plus petits, tandis que le diamètre antéro-postérieur, augmenté du biparietal de la seconde tête, devenait le plus grand.

L'engagement se faisait donc de telle sorte que ce grand diamètre dorso-pariétal descendait dans le plan transversal du bassin.

L'engagement fait, l'accouchement devint facile. La tête extérieure était alors en position droite transverse, son bras droit put être dégagé à la fourchette.

Puis en continuant le mouvement tournant commencé sur cette tête le diamètre dorso-pariétal fit sa rotation dans le bassin et de transverse devint antéro-postérieur.

La seconde tête, flanquée de son bras gauche, vint se placer

derrière le pubis, puis se dégagea sous l'arcade pubienne, tandis que le dos puis le siège se dégageaient en arrière.

La délivrance naturelle suivit de très près l'extraction, il n'y eut que peu d'hémorragie. Le placenta volumineux n'offrait rien d'anormal. Les suites de couches furent des plus simples.

L'enfant du sexe masculin, avait succombé au cours de ces manœuvres. Il présentait de curieuses anomalies.

Le tronc paraissait unique au premier abord et portait deux membres inférieurs bien conformés. Organes génitaux, anus, ombilic, n'offraient rien d'anormal ; mais à sa partie supérieure le tronc supportait deux têtes et trois membres supérieurs.

Les deux têtes, de volume et de forme normaux, étaient supportées chacune par un cou indépendant, disposés angulairement comme la branche d'un V. Au milieu de cet angle s'insérait un volumineux membre supérieur, quelque peu élargi transversalement, de telle sorte que la coupe en eût été légèrement elliptique. A son extrémité libre il se terminait par deux mains de volume normal, complètement séparées, et fixées l'une en face de l'autre sur deux poignets confondus en une seule masse. Ces deux mains étaient affrontées par leur face palmaire, les pouces en avant. Ce membre présentait d'ailleurs au niveau du coude un pli de flexion très visible en avant, et cette articulation jouissait de mouvements très étendus de flexion et d'extension.

Les deux autres membres supérieurs, normaux, étaient placés au côté externe de chaque cou dans une situation absolument régulière par rapport au thorax.

Enfin, à un examen plus attentif de ce dernier, la partie supérieure, qui supportait les deux cous et les trois membres,

offrait un élargissement transversal assez marqué pour faire supposer une bifidité du squelette non apparente extérieure ment.

Une plus longue description de ce monstre nous paraît inutile si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur la photographie ci-jointe.

Désireux de posséder quelques notions plus précises sur le squelette de ce fœtus, nous l'avons soumis à la radiographie, et l'on peut voir, par l'épreuve ci-contre, qu'elle nous donne de précieuses indications pour classer assez exactement le monstre qui nous occupe.

Sur le cliché appararaissent nettement deux têtes fœtales assez distantes.

Chacune d'elles est soutenue par une colonne vertébrale complète.

Ces deux dernières, plus écartées à leur région supérieure, se rapprochent obliquement et leurs extrémités inférieures aboutissent à une ceinture pelvienne commune.

Ce bassin est constitué en avant par deux os iliaques normaux, l'un droit, l'autre gauche, articulés au niveau de la symphyse pubienne et séparés à leur partie postérieure par un large espace dans lequel viennent se fixer les sacrums des deux colonnes vertébrales et, entre les deux sacrums, une pièce osseuse intermédiaire de forme mal distincte.

Cette description est absolument conforme à celle que donne Geoffroy Saint-Hilaire et les divers classiques à propos des fœtus xipholymes.

En réalité, il existe pour chaque colonne vertébrale un demi-bassin normal et un demi-bassin rudimentaire.

Le demi-bassin normal n'est autre que l'os iliaque externe

de chaque jumeau qui s'est enveloppé normalement et forme la symphyse pubienne avec celui de son frère, constituant ainsi le bassin principal du monstre. Quant à l'os iliaque interne de chaque jumeau, resté à l'état rudimentaire, il s'est soudé à celui de son frère pour constituer la pièce osseuse intersacrée véritable bassin rudimentaire.

A cette ceinture osseuse sont appendus deux membres inférieurs dont le squelette paraît normal.

Dans la région thoracique les deux rachis donnent insertion à des côtes, mais tandis que sur leur côté externe nous voyons ces côtes longues et développées contourner toute la poitrine pour se diriger en avant vers le sternum, à leur côté interne, au contraire, nous ne voyons que le petit bout des côtes, véritables traits d'union qui semblent aller d'une colonne vertébrale à l'autre.

Les membres supérieurs sont de deux sortes : tandis que le droit et le gauche paraissent absolument normaux, le membre médian intercervical, au contraire, contient nettement le squelette complet de deux membres distincts.

Si, sur la radiographie, au niveau de l'avant-bras, trois os seulement sont nettement visibles, en y regardant de plus près cette apparence est inexacte, car le radius et le cubitus du fœtus droit se recouvrent l'un l'autre, étant placés dans le plan des rayons cathodiques, comme le prouve la position de la main.

De l'exposé qui précède, il résulte que le fœtus dicéphale dont nous vous présentons l'observation est un monstre double antositaire de la famille des sysomiens, c'est-à-dire dont le tronc est plus ou moins fusionné, les deux têtes restant distinctes.

Dans cette famille le genre psodyme ne nous intéresse pas,

puisqu'il ne comprend que des monstres unis par le bassin et complètement séparés au-dessus de l'ombilic.

Tel n'est pas notre cas. Il ne peut donc y avoir pour nous d'hésitation qu'entre les xiphodymes et les dérodymes.

Chez les xiphodymes les deux thorax sont distincts dans leur partie supérieure ; les deux colonnes vertébrales, l'une à droite, l'autre à gauche, sont fortement écartées et donnent naissance sur leurs deux flancs à des côtes complètes qui se dirigent vers un sternum, tant à droite qu'à gauche.

Chez les dérodymes, les deux thorax sont absolument confondus, la séparation n'existe qu'au cou et les côtes ne sont enttères et bien développées qu'au flanc externe de chaque rachis. Au flanc interne, au contraire, n'existent que de courtes côtes allant d'une colonne vertébrale à l'autre et figurant une série de traits d'unions intervertébraux.

Il semble donc que cette dernière description s'applique beaucoup mieux à notre monstre qui serait ainsi un dérodyme si la radiographie ne nous induit pas en erreur. Mais il est quelques points curieux sur lesquels nous attirons votre attention.

C'est ainsi que chez les dérodymes on ne signale que très rarement l'existence d'un troisième membre supérieur intercervical et encore dans ces cas là est-il en général très rudimentaire.

Chez les xiphodymes au contraire, il existe habituellement à la région intercervicale deux membres supérieurs plus ou moins bien conformes, parfois deux membres soudés ensemble comme dans notre cas.

En somme, nous croyons que ce monstre doit être classé

parmi les dérodymes, mais par certaines particularités il se rapproche sensiblement des xiphodymes.

Un dissection complète nous permettra sans doute de fixer ultérieurement ce point de détail qui n'emprunte quelque intérêt qu'à ce fait que les dérodymes ne survivent pas à leur naissance tandis qu'un certain nombre de xiphodymes ont pu vivre un certain temps, témoin le cas célèbre de Rita Christina, et celui du monstre que Jacques VI d'Ecosse put faire élever jusqu'à sa majorité.

Au point de vue purement obstétrical, les individus de cette espèce donnent rarement lieu à des accidents dystociques, car leur volume est généralement petit. Tel n'était pas le cas de notre fœtus.

Né absolument à terme, il présentait un volume considérable. Son poids était de 4.960 grammes après expulsion du méconium pendant le travail.

Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ne donne aucun renseignement sur le mécanisme de l'accouchement dans les cas de ce genre, et si nous nous en rapportons à Teit et à Kustner cités par MM. Budin et Demelin, nous voyons que parmi les fœtus adhérents à deux têtes distinctes les dérodymes sont ceux dont l'accouchement est le plus souvent dystocique.

Le mécanisme de l'accouchement est le suivant : une tête s'engage, puis se dégage, tandis que l'autre descend repliée sur le tronc.

Dans les cas de ce genre, si la deuxième tête ne peut arriver à s'engager avec le tronc commun, si l'on ne peut déterminer sa descente en la repliant sur la poitrine, il ne reste qu'une seule conduite à tenir : décoller la première tête sortie et extraire le reste du monstre par une version interne. C'est ce

que nous nous disposions à faire si notre manœuvre avait échoué.

Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux

Séance du 14 novembre 1899

Présentation et étude d'un monstre bicéphale à terme, par M. Chambrelent

(*Résumée*)

Ce fœtus monstrueux appartenant à la classe des Dérodymes, (de la classification de Geoffroy Saint-Hilaire) présente un tronc commun auquel se rattachent deux têtes bien formées, supportées par deux cous distincts. Ce fœtus paraissant à terme pesait 3.400 grammes. Il n'a pas respiré et paraît avoir succombé pendant le travail de l'accouchement, car il ne présentait pas de traces de macération.

Les dimensions de chacune des têtes sont les suivantes :

	Tête gauche	Tête droite
Diamètre maximum.....	10 cm.	10 cm.
O.F.....	9 5	9 5
S.O.B.....	9 »	8
B.P.....	9 »	9
Bi-T.....	8 »	8
S.M.B.....	8 »	8 5

Les deux têtes rapprochées l'une de l'autre présentent de l'une des bosses pariétales à la bosse pariétale opposée de l'autre tête, une distance de 18 centimètres. Le diamètre bi-acro-

nial mesure 15 centimètres. Le diamètre bitrochanterien mesure 8 cm. 5.

Par la radioscopie, on constate qu'il a deux colonnes vertébrales très distinctes allant en se rapprochant de plus en plus de haut en bas, pour arriver à se confondre au niveau du sacrum.

C'est là, nous semble-t-il, un fait tératologique extrêmement rare dans l'espèce humaine ; car les recherches que nous avons faites ne nous ont permis de retrouver qu'un seul exemple de monstruosité semblable publié par Ahlfeld.

Voici l'observation complète rédigée par le Dr Marcourt, qui a pratiqué l'accouchement.

« Mme X..., tailleuse, est âgée de vingt-quatre ans. A été réglée à quatorze ans. A fait un avortement il y a quelques années. Devient enceinte en février 1898. En mars, elle a une très légère perte de sang. En mai, elle perçoit les mouvements actifs du fœtus. Au neuvième mois, elle entre chez une sage-femme qui perçoit les bruits du cœur. Le 21 octobre, à 1 heure du matin, apparurent les premières douleurs de l'accouchement. La sage-femme constate une présentation du siège. Le travail marche rapidement et régulièrement. A 3 heures du matin, rupture des membranes et écoulement de liquide amniotique normal. Le toucher permet de constater une présentation du siège complet. La sage-femme envoie chercher le Dr Marcourt qui constate la présence du pied gauche à la vulve. Il attire le membre inférieur droit et constate que la partie fœtale qui reste dans l'utérus a un volume exagéré. Les tractions sur le tronc ne donnent aucun résultat. Il introduit alors le doigt de la main droite dans la bouche du fœtus et essaie vainement la manœuvre de Mauriceau. Devant cet échec, il glisse la main sur la partie fœtale de façon

à saisir la tête à pleines mains. Grâce à cette manœuvre la tête se fléchit, franchit brusquement l'excavation et sort par le vagin, bientôt suivie d'une seconde tête fœtale. L'enfant n'a pas respiré. Les suites de couches ont été normales.

« Dans les antécédents nous n'avons rien pu trouver qui pût expliquer la malformation fœtale. »

J'insiste tout particulièrement, Messieurs, sur la très heureuse idée qu'a eue le Dr Marcourt, après avoir vainement tenté la manœuvre de Mauriceau, d'introduire la main dans la cavité utérine pour se débarrasser de l'obstacle à l'engagement dont il ne pouvait évidemment prévoir la nature.

Il était, de plus, fort intéressant d'étudier chez ce fœtus les modifications pouvant exister du côté des différents organes. M. le Dr Triboudeau a bien voulu se charger d'une dissection minutieuse et de l'étude des différents organes de ce monstre. Cette étude, qui sera publiée ultérieurement, n'est pas encore terminée. Mais le Dr Triboudeau a bien voulu nous remettre la note préliminaire suivante :

« *Ossature et musculature*

« Les deux têtes sont normales. Les deux cous absolument séparés s'implantent l'un à côté de l'autre sur le sommet d'un thorax unique. De chaque côté de ce thorax pendent deux membres supérieurs : l'un droit, l'autre gauche absolument normaux. *Il n'y a pas trace de membres supérieurs intermédiaires aux deux cous.*

Il existe deux grandes ceintures thoraciques, composées, chacune, d'une clavicule et d'une omoplate qui contournent la base des deux cous et supportent les deux membres supé-

rieurs. Elles servent à l'insertion des muscles des deux épaules et des moitiés externes des deux cous.

On trouve de plus une autre ceinture scapulaire mitoyenne formée de deux os : l'un horizontalement dirigé d'avant en arrière, entre les deux cous, représente deux clavicules confondues eu une seule. L'autre, articulé à angle droit avec l'extrémité postérieure du précédent, descend verticalement dans le milieu du dos. Cette ceinture scapulaire médiane, commune avec deux fœtus, donne insertion aux muscles de la moitié interne de leurs cous.

« Le squelette et les muscles du thorax sont normaux en avant et sur les côtés. Mais en arrière, il existe deux colonnes vertébrales qui, espacées au niveau de la partie supérieure du thorax, se rejoignent à sa partie inférieure. L'angle aigu qui les sépare est occupé par une série de courts bâtonnets osseux horizontaux, réunissant les deux colonnes à la façon des barreaux d'une échelle. Chaque barreau est formé par deux côtes rudimentaires soudées bout à bout. Leur point d'union est marqué par une apophyse osseuse très saillante en arrière. Il en résulte sur la ligne médiane du dos une crête longitudinale formée de douze tubercules.

« Les muscles du thorax sont normaux. L'espace angulaire compris entre les deux colonnes vertébrales est divisé en deux gouttières par la crête correspondant aux angles de soudure des côtes.

« Chaque gouttière est comblée par un muscle grand dorsal et un sacro-lombaire. Les barreaux costaux sont réunis entre eux par d'épais muscles intercostaux.

« Les cinq vertèbres lombaires et les cinq vertèbres sacrées des deux colonnes se touchent par leurs apophyses transverses

Les premières sont simplement réunies par des trousseaux fibreux. Les autres sont soudées deux à deux.

« Les deux coccyx sont libres. L'extrémité inférieure de la colonne est donc bifide,

« Les membres inférieurs sont normaux.

« Il n'y a pas trace de membre inférieur au niveau de la soudure des deux fœtus.

« *Grandes cavités séreuses*

« Le thorax est divisé en trois grandes loges : l'une médiane péricardique qui remonte très haut, jusque dans la base des deux cous. Les deux autres, latérales, pleurales. Les trois cavités sont séparées les unes des autres par deux cloisons verticales antéro-postérieures, sorte de médiastin dans chacun desquels cheminent un œsophage et une aorte. La loge pleurale gauche est la seule qui soit fermée en bas par une cloison musculaire complète, véritable diaphragme. Le plancher de la cavité péricardique est simplement bordé par deux bandelettes musculaires en demi-cercle qui s'unissent d'une part aux septièmes côtes et d'autre part aux corps des premières vertèbres lombaires. Son centre est formé par les séreuses péricardique et péritonéale adossées. La cavité pleurale droite est largement ouverte en bas et communique avec l'abdomen. La cavité péricardique contient *un cœur* commun aux deux fœtus et en plus le poumon gauche du fœtus droit et le poumon droit du fœtus gauche, enfin deux petits lobes hépatiques fixés par un pédicule étroit au plancher de sa loge.

« La cavité pleurale gauche ne contient que le poumon gauche du fœtus gauche. La loge pleurale droite renferme dans sa par-

tie supérieure le poumon droit du fœtus droit, et dans sa partie inférieure l'estomac de ce même fœtus et une grande partie du foie.

« La cavité abdominale est unique Les organes y contenus sont : un foie très volumineux ; l'estomac et le duodénum du fœtusgauche ; le duodénum, l'intestin grêle, le gros intestin du fœtus droit, une rate annexée à l'estomac du fœtus gauche, un pancréas, deux reins avec leurs capsules surrénales, un appareil génital femelle, la vessie.

« *Système circulatoire*

« Le cœur est uniqne en apparence, mais en réalité formé par la soudure de deux cœurs. Il comprend deux ventricules soudés en forme de croissant à concavité supérieure, occupée par une oreillette unique, laquelle toutefois a quatre auricules. Une ouverture dans la cloison qui les sépare fait communiquer les deux ventricules. Le ventricule gauche est divisé en deux cavités communicantes par une cloison vertico-transversale très incomplète. Les ventricules sont en relation avec l'oreillette par deux orifices valvulés : la valvule gauche est nettement tricuspide : celle de droite est bicuspide.

« Dans l'oreillette débouchent trois gros troncs veineux.

« 1° *L'un, ascendant*, provient du foie et est formé par la réunion des veines sus-hépatiques.

2° *L'autre, descendant*, résume la circulation veineuse de la tête et du bras gauche. C'est en somme la veine cave superieure du fœtus gauche. Il est relié par une anastomose transversale à la jugulaire interne gauche du fœtus droit.

3° *Le dernier*, par la crosse qu'il forme autour de la bronche

droite du fœtus droit, rappelle la disposition normale d'une grande azygigos mais il occupe plus bas la situation d'une veine cave inférieure, par rapport à l'aorte. Il reçoit toutes les veines du thorax et de l'abdomen et de plus la veine cave supérieure droite.

« Les veines pulmonaires sont extrêmement grêles. A gauche elles sont oblitérées sur la plus grande partie de leur trajet. Elles n'arrivent pas jusqu'à l'oreillette mais se jettent dans les deux derniers tronc veineux précédemment décrits.

« De chacune des extrémités du croissant formé par les deux ventricules partent deux grosses artères : une aorte et une artère pulmonaire. L'aorte et l'artère pulmonaire gauches débouchent côte à côte dans le ventricule gauche et possèdent chacune trois valvules sigmoïdes. A droite, l'aorte seule commique avec le ventricule et possède des valvules sigmoïdes. L'artère pulmonaire n'a pas de valvules.

« Au niveau du cœur elle se termine en cul-de-sac ; elle est là complètement oblitérée et nullement en relation avec le ventricule.

« L'aorte gauche est volumineuse, l'aorte droite petite ; la première forme une crosse à convexité gauche, la deuxième une crosse à convexité droite. Chacune embrasse dans sa crosse l'œsophage et la trachée-artère correspondante, puis descend sur la paroi postérieure du thorax, en se rapprochant de la ligne médiane. Les deux aortes se réunissent dans la région dorsale inférieure. Au-dessous, il n'y a plus qu'une aorte située dans la dépression que limitent de chaque côte les corps vertébraux des deux colonnes dorsales.

« Cette aorte unique se comporte à peu près comme une aorte abdominale ordinaire.

« Il serait très long dans cette simple note de décrire le mode de ramification très anormale de l'aorte. Toutefois sans entrer dans les détails, il est bon de dire que les grosses artères qui se détachent des deux crosses aortiques sont disposées symétriquement.

« De chaque crosse partent séparément une sous-clavière destinée aux membres supérieurs du même côté et une carotide primitive qui se rend à la moitié externe du cou et à la tête du œtus correspondant.

« De plus, de chacune se détache un véritable tronc brachio-céphalique d'où partent une carotide primitive et une sous-clavière. Celle-ci est réduite au trajet d'une artère vertébrale par suite de l'absence de membres supérieurs internes, elle remonte par les trous transversaires des vertèbres cervicales jusqu'au cerveau.

« *Tube digestif*

« La partie supérieure du tube digestif est normalement constituée.

« Les deux œsophages aboutissent à deux estomacs. L'un, gauche, volumineux, situé dans la cavité abdominale sous la partie gauche du foie. L'autre, petit, situé dans la cavité pleurale droite, sous la partie droite du foie. Les deux estomacs se regardent par leurs petites courbures et les duodénums qui leur font suite vont à la rencontre l'un de l'autre au niveau de la ligne médiane.

« Au point où ils se rencontrent le duodénum du fœtus gauche se termine en cul-de-sac.

« Le duodénum du fœtus droit, au contraire, se continue par un intestin grêle, un cœcum sous-hépatique, un côlon suspendu à un large méso, un rectum nettement séparé d'avec le côlon par un étranglement. Au-dessous du duodénum il y a donc un intestin unique en communication avec le duodénum du fœtus droit.

« *Glandes annexes à l'intestin*

« Le foie, unique en apparence, est en réalité double. Deux petits lobules pénètrent comme on l'a vu dans la cavité péricardique.

« Il y a deux lobules de Spiegel, l'un droit, l'autre gauche, au niveau de la petite courbure de chacun des estomacs. Il y a aussi deux appareils excréteurs de la bile complets et situés très près l'un de l'autre sous la partie droite du foie.

« Des deux canaux cholédoques, l'un aboutit à l'ampoule de Vater d'un duodénum, l'autre à celle de l'autre duodénum.

« Il n'y a qu'une rate située dans le mésogastre gauche.

« Le pancréas, unique en apparence, très allongé, est formé en réalité par la réunion, bout à bout, de deux glandes possédant chacune deux canaux excréteurs, l'un accessoire, l'autre principal.

« *Appareil urinaire*

« Il y a deux gros reins, l'un droit, l'autre gauche. Ils descendent profondément dans les fosses iliaques.

« Le trajet de l'uretère est normal.

« La vessie, piriforme, est tapissée par le péritoine seulement

sur sa face postéro-supérieur. (Il n'y a pas de cul de sac prévésical.)

Les deux capsules surrénales sont très volumineuses.

« *Appareil génital*

« Appareil génital femelle normal et complet. L'utérus est très légèrement bicorne. Les ovaires reposent dans les fosses iliaques au-dessous des reins.

« *Système nerveux*

« Deux encéphales parfaitement constitués.

« Nerfs craniens au complet, comme troncs d'origine, et comme branches.

« Deux plexus cervicaux normaux pour chaque fœtus.

« Un seul plexus brachial pour chaque fœtus.

« La moelle n'émet à partir de la région cervicale inférieure du côté où les fœtus se touchent que des filets très grêles qui vont se perdre : les supérieurs dans la graisse située sous la clavicule commune ; les inférieurs, dans les muscles intercostaux et intertransversaires de la zone mitoyenne.

« Un seul plexus lombaire et un seul plexus sacré pour chaque fœtus.

« Il y a quatre cordons sympathiques au cou.

« Ils se continuent, séparés dans la partie supérieure du thorax. Plus bas, les deux cordons internes se réunissent sur la ligne médiane.

« Il n'y a plus alors que trois cordons sympathique l'un,

médian, cheminant dans l'angle de réunion des deux colonnes vertébrales ; les deux autres latéraux, suivant la face antérieure des corps vertébraux.

« *Appareil respiratoire*

« Deux larynx normaux.

« Deux trachées se divisant chacune en deux grosses bronches.

« Quatre poumons normaux n'ayant pas respiré, situés comme on l'a déjà dit précédemment.

« Deux glandes thyroïdes normales.

« Deux thymus volumineux, ne dépassant pas la base du cou.

D'après ces observations, on voit que les monstres bicéphales, avec trois membres supérieurs, sont assez rares. Mais, dans la majorité des cas ce troisième membre supérieur atrophié comprend trois segments (un bras, un avant-bras et une main) plus ou moins développés. Fréquemment la main est double et comprend six, huit ou dix doigts. Parfois elle est simplement représentée par un petit os comme chez le monstre obsové par Delavigne et qui ressemble le plus au nôtre. Mais exceptionnellement il n'existe aucun squelette représentant le carpe, le métacarpe ou les phalanges.

L'avant-bras comprend parfois quatre os plus ou moins fusionnés, comme dans le cas de Guérin Valmale, parfois deux seulement, plus rarement un seul comme dans le cas qui nous occupe.

Le bras comprend généralement deux humérus plus ou moins fusionnés. parfois un seul comme dans notre cas.

La disposition des colonnes vertébrales de notre monstre se conforme à la règle. Il en est de même du bassin et des membres inférieurs. Les côtes rudimentaires qui réunissent en arrière les deux colonnes vertébrales sont constantes chez les dérodymes. Le sternum unique n'est pas très fréquent. L'omoplate supplémentaire est la règle quand il existe un troisième bras. De cette omoplate partent tantôt deux clavicules comme dans notre cas, tantôt une seule.

Au point de vue des viscères thoraciques, la dispositions des poumons est celle généralement observée chez les dérodymes.

La disposition des deux cœurs réunies par une oreillette commune est assez fréquente, mais ici chaque cœur comprend une seule oreillette et une portion ventriculaire. Celle-ci est normalement développée pour le cœur gauche, mais incomplètement pour le cœur droit, où il n'existe qu'un seul ventricule donnant naissance à la fois à l'aorte et à l'artère pulmonaire.

Le dédoublement du tube digestif obéit à la règle, ainsi que celui des voies biliaires. Le foie unique est constant.

Les deux aortes se réunissant dans la région lombaire obéissent à la règle.

En somme, dans la disposition des viscères abdominaux, seule la présence d'un troisième rein supplémentaire mérite d'être signalée comme absolument exceptionnelle puisque nous n'en avons trouvé aucun cas signalé.

Au point de vue obstétrical, l'on sait depuis les temps

les plus reculés que l'accouchement d'un monstre bicéphale est souvent chose difficile.

Tarnier et *Budin* s'expriment ainsi dans leur *Traité d'Accouchement :*

« L'accouchement des dicéphales dibrachiaux est difficile. Le dégagement peut se faire de trois manières différentes :

« 1° Après le dégagement de la première tête, la seconde peut subir l'évolution spontanée.

« 2° La première tête est dans l'excavation ou déjà hors de la vulve. Avec de fortes contractions, un bassin large et un monstre de faible volume, la seconde tête peut descendre dans le bassin à côté des épaules et sortir spontanément ou avec une application de forceps. Puis viennent le tronc et le reste du monstre.

« 3° La première tête étant dans l'excavation, ou déjà hors de la vulve, la seconde tête ne peut pas descendre à côté des épaules, et malgré les contractions, elle reste au-dessus du détroit supérieur. Il est impossible en pareil cas d'aller chercher les pieds, car la première tête qui est engagée adhère au reste du monstre par une pièce d'union beaucoup trop solide et trop courte ; et pour cette raison elle maintient avec fixité la seconde tête au-dessus du détroit supérieur. La seule ressource est de détacher par la décollation la première tête, si elle est sortie. L'excavation deviendra libre et on pourra rendre vertical ce qui reste du monstre, soit par une version céphalique, soit même par une version podalique. »

C'est cette troisième éventualité qui s'est produite dans le cas qui nous occupe. Mais après décollation de la pre-

mière tête, il nous a semblé que la version céphalique ou podalique eût été trop dangereuse, et eût pu provoquer une rupture utérine. Aussi nous sommes-nous décidés à pratiquer une embryotomie, afin de séparer la seconde tête et de tenter l'extraction du tronc. Dans le cas particulier, le rétrécissement accusé du bassin rendait l'opération délicate et de plus le diagnostic d'une rupture utérine, qui, vraisemblablement, s'était produite avant l'arrivée de la malade à l'hôpital, est venu modifier la ligne de conduite et imposer une laparotomie suivie d'hystérectomie subtotale.

Nous conclurons donc en disant : Dans le cas de monstre bicéphale diagnostiqué, coïncidant avec un rétrécissement du bassin chez la mère, lorsque la première tête étant sortie la deuxième est retenue au-dessus du détroit supérieur, il faut, à notre avis, terminer l'accouchement par une large embryotomie, et si celle-ci est impossible se résoudre à une opération césarienne.

CONCLUSIONS

1° Le monstre que nous avons étudié est un monstre bicéphale appartenant au groupe des sysomiens, au genre des sternodymes.

2° Il se distingue par la présence d'un troisième membre supérieur atrophié, situé entre les deux cous, et surtout par ce fait que ce membre ne comprend qu'un bras et un avant-bras atrophiés, se terminant brusquement sans traces de poignet ou de main.

3° Il se distingue encore par le nombre et la disposition des viscères :

Deux cœurs, anormalement constitués réunis par une oreillette commune et situés dans un sac péricardique commun ;

Quatre poumons ;

Deux œsophages et deux estomacs ;

Deux jéjunums se soudant bientôt et ne formant plus qu'un tube unique ;

Un foie unique avec deux vésicules biliaires et des voies biliaires doubles ;

Trois reins dont deux à la place normale et un atrophié médian situé entre les deux colonnes vertébrales.

4° Les difficultés de l'accouchement tinrent non seulement à la monstruosité mais aussi au rétrécissement notable du bassin.

Vu : le Président de la thèse,

BAR

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Rabaud. — In Pratique des accouchements, de Bar.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchement.

Geoffroy Saint-Hilaire. — Histoire des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux.

Dareste. — Nouvelles recherches sur la production des monstres dans l'œuf de la poule. Comptes rendus. Paris, 1883, p. 444.

Rabaud. — Essai de tératologie. Embryologie du poulet omphalocéphale.

Rabaud. — Fragment de tératologie générale. L'union des parties similaires.

Crosnier. — Etude sur quelques cas de monstruosités fœtales. (Thèse.)

Guérin. — Nouvelle théorie des monstres. Tr. internat medic. Congress, 7 sess. London, 1881, p. 425-7.

Blanc (Louis). — Les monstres doubles splanchnodymes.

Chapot-Prevost. — Chirurgie des monstres doubles.

Boinet (E.). — Etudes de tératologie. 1899.

Chambrelant. — Présentation et étude d'un monstre bicéphale à terme. Revue de Gynécologie de Bordeaux, 1900, t. 2, p. 53-55.

Lemery. — Mémoire d'un monstre à deux têtes. Histoire de l'Académie royale des Sciences, 1740-1742, p. 109-324.

Laguesse et Bué. — Présentation d'un embryon humain dérodyme. Compte rendu de Soc. de Biol. Paris, 1897, IV, 928.

Delplanque (P.). — Monstre humain dérodyme. Rev. biol. du Nord de la France, Lille, 1888-1889, I, 95-101.

Morlanne et Charueil. — Observation d'un fœtus né avec deux têtes. Rev. period. Soc. de Méd. de Paris, 1801, XI, 19-24.

Winslow. — Remarques sur les monstres à l'occasion d'un faon à deux têtes, disséqué par ordre du Roy. Hist. Acad. roy. des Sc., 1733. Paris, 1735-1736.

Guérin, Valmale et Gagnière. — Accouchement d'un fœtus dérodyme. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1903, VI, 520-526. 2 pl.

Dumont. — Note sur un fœtus bicéphale. Ann. de la Soc. de Méd. de Gand, 1839, V, 465-467.

Rolland. — Observation sur un accouchement dans lequel l'enfant avait deux têtes. J. de Méd., Chir. et Pharm. Paris, 1815, XXXII, 244-246.

Menage. — Observation d'un fœtus bicéphale. J. de la Soc. de Méd. Soc. Acad. Loire-Inférieure. Nantes, 1839, XV, 199-204.

Depaul. — Fœtus à deux têtes. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1852, XXVII, 45.

Delmas. — Observation d'un enfant à deux têtes. Hist. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier, 1808.

Delacroix. — Fœtus à deux têtes. Bull. Soc. de Méd. de Reims, 1872, n° 11, 24-26.

Capuron. — Dystocie par monstruosité bicéphale du fœtus. Arch. gén. de Méd. Paris, 1846, X, 352.

Laforgue. — Mémoire sur un enfant à deux têtes. Journal de Méd., Chir. et Pharm. de Toulouse, 1856, I, 65-73, 1 pl.

Lereboullet. — Un fœtus humain à deux têtes. Proc. verb. Soc. de Méd. de Strasbourg, 1864, I, 59-61.

Journal des Savants, Paris, 1665, p. 469.

Dictionnaire des sciences méd. Paris, 1812, p. 171.

Trissier. — Monstre bicéphale, cause de dystocie. Rev. de Thérap. médic. chir. Paris, 1868, 564-567.

Boiti. — Mémoire sur un enfant bicéphale. Bull. de Sc. méd. Paris, 1810, VI, 5.

Paré (Ambroise), — Œuvres, p. 1006.

Sauval. — Histoire et recherche des Antiquités de Paris, n° 1733. Derodyme né à Paris en 1622, p. 565.

Phillips. — Case of dicephalous monstruosity. Tr. obst. Soc. Lond., 1886-1887, XXVIII, 278.

Smith. — A bicephalic fœtus. Lancet. Lond. 1899. II, 489.

Léopold (G.). — Ueber einem Dicephalus dibrachius. Arch. f. Gynæk. Berlin, 1904, 264-267.)

Horrocks. — Dicephalous fœtus. Tr. Obst. Doc. Lond. 1884-1885, XXVI, 326-328.

Philipps (J.). — On the Obstetrics of dicephalous monsters, with the history and dissection of a case. Edimb. Med. Journ., 1887-1888, XXXIII, 308-604.

Moore. — A case of two-headed monstrosity. Lancet. Lond. 1882, I, 986.

Taruffi.— Intorno ad un nuovo gruppo di mostri appartenente al Genere Dicephalus dibrachius. Mem. de l'Acad. des Sc. de Bologne, 1861, II, 665-673.

Monti. — Descrizione anatomica di un mostro unano, doppio del genere derodimo. Mem. Acad. des Sc. de Bologne 1880, 41. 713-725, 6 pl.

Welzel. — Geburt eines vollig ausget ragenein und Todt zur welt. gekommenen. Kindes mit zuri. Kôppeu. (Gen. saci. Ber. v. Schlesieu. f. l Gatier 1832, Bres leau, 1834.)

Sircar (R.-L). — Double headed male monster difficult labor and still-birth. Indian. M. Rec. Calcutta, 1900, XIX, 58.

Ousura. — Ueber dicephalus dibrachius. Itsche p. med Gesellsch zie. Tokyo, 1896, X, 1023, 25, 1 pl.

Hubl. — Dicephalus tribrachius Wien Klin Wehnschr, 1898, XI, 1129.

Kuster. — A double-headed monstrosity. (Weekly. M. Rev. Saint-Louis, 1892, XXV, 108.

Lauz. — Dicephalus dibrachius. Liecniki Viestnik Zagrel, 1904, XXVI, 353, 357.

Nickles. — Ein Fall von Dicephalus. Inaug. Diss. Erlangen, 1903, 80.

Pfeifer. — Case of double-headed monster. Delivery without mutilation. Ann. J M. Sc. Phila, 1846, n. s. XII, 8087).

Schafer. — Ueber einer Dicephalus. Inaug. Diss. Freiburg, Iena, 1899, 80.

Dr Pallarés. — Dicephalus fœtus. Teratelogia, London, 1895, II, 210.

Boyd. — A dicephalic monster. Am. J. Obst. New-York, 1902, 322-325.

Demichelis. — Intorno ad un nostro vitellino dicefalo mono corporeo. Atti di Soc. Med. Chir. di Torino, 1844, I, 195-311.

Elliot. — Note on dicephalous monster. Lancet. Lond, 1903, II, 1499.

Fusari. — Recherches anatomiche in uno monstro dicefalo. Atti, Acad. de soc. méd. in Ferrara, 1094, p. 93, 102.

Fischer. — A dibrachian dicephalic monster. Med. Standard. Chicago, 1890, VII, 163.

Gilbert. — A two-headed monstrosity. Ann. Net. Rev. New-York, 1903-1904, XXVII, 864.

Greene. — A monster fœtus bicephalus. Prov. M. J. Leicester, 1888, VII, 11.

Schultz. — Case of double headed monster. Méd. and Surg, Reporter. Phila., 1864, XI, 279.

Steele. — A case of a double headed human monstrosity. Med. Arch. Saint-Louis, 1869, III, 148-154.

Holmes. — A dicephalic monster Ann. J. Obst. New-York. 1905, 526.

Taruffi. — Nota intorno ai derodimi (Dicephalus dibrachius). Spallanzani. Modena, 1882, XI, 281-287.

Holz. — Entbuidung von einen Dicephalis. Deutsche med. Wochensch., Leipz., 1900, XXVI, 728.

Elsworth. — A Child with two heads. Med. Times Lond., 1844, IX, 266.

Eve. — Description of a double headed human female monster. Te. obst. Soc. Lond. 1880, 74-78.

Del Castillo. — Monstruo derodymio. Andalucia Med. Cordoba, 1878, III, 17-21.

Henoy. — Ein Fall von Dicephalus tribrachius. Inaug. Diss. Kiel, 1877, 40.

Hellmuts. — Zur Casuistik der Misobildungen, et Inaug. Diss, Erlangen, 1881.

West. — Bicephalous child London M. Gaz, 1845, 140.

White. — An account of a double headed fœtus. Dublin. Med. Press. I, 212.

Wolf. — Anatomische. Beschreibung einer, etc. Med. Iahrb. f. d. Nassau Wiesb, 1859, 714-725;

Marni. — Varto de una nina monstruosa con duos cabezas. Bol. de med. chir. y farm. Madrid, 1845, VI, p. 105-108.

Nelomi Satta. — Derodimio rarissimo. Spallanzani. Modena, 1882, XI, 231-243.

Woodworth et Ruhl. — A. two-headed monster. Obst. Gaz. Cincinn., 1882, V, 343-345.

Hesse. — Monstri bicipiter descriptio anatomica. Inaug. Diss. Berolini, 1823, 80.

Taruffi. — Nota intorno ai derodimi (Dicephalus dibrachius. Spallanzani. Modena, 1882, Xl, p. 281.

Dungan. — Double headed monster. N. Orl. M. News. Hosp. Gaz., 1857-1858, IV, 129.

Mitchell. — A child having two perfectly formed, etc. Richmond et Louisvillle, 1868, V 186.

Treber. — Ueber einem Fall von Dicephalus tribrachius. Prag. med. Wochensch, 1902, XXVII, 337-339.

Baker. — A fœtus wtih two heads. Boston, Med. and Surg. Journ, 1839, XX, 237.

Vogt. — Dicephalus dibrachius. Norsk Mag. Christiania, 1895. X, 115.

Berdot. — Monstre dérodyme. Acta helvetica, j. VI, j. 179.

Walter. — Museum anatomicum. Part. I, j. 127.

Kleni. — Berchr enies Zweikœpf Mædchein. Arch. f. die Physiologie, 1817, III, 374.

Tidemann. — Monstre dérodyme, Ztschr. f. Physiol. 1829, III, p. 10.

Gravagna. — Descriptio di un feto bicefalo settimestre. Atti dell'Academia di Catania, 1830, IV, p. 136.

Fribe. — De partu monstri bicipiti. Epheni Cur. Nat. Dec. I, Ann. III, p. 154.

Meckel. — De duplici monstri Commentarii, p. 77.

Rayger. — Descriptio anat. monstri bicipiter. Ephein nat. cur. 1670. Du I Ann. I, p. 21.

Morris. — Relation of a monstrous birth. Philos Transact. Lond., 1678, XII, 961.

Bidloo. — Monstre dérodyme. Acta Eruditorum. Ann. 1706, p. 39.

Sahler. — Diss. anat. physiol. de fœtu-bicipiti. Basiliocæ, 1786.

Bernouilli. — Descriptio partus bicipitis basibensis. Nova Acta Helvetica Basiliæ. 1898, I, 216-228.

Hackedorn. — A bicephalic monstrosity. Med. and Surg. Reporter. Phila, 1870, XXIII, 417.

Alessandrini. — Annotazioni anatomiche requardanti in mostro umano bicefalo. Mém. de la Soc. ital., I, 37-51.

Haller. — Descriptio fœtus bicipitis ad pectora connati ubi ui causas monstruorini, ex-principiis. Anatomicis ingueritui. Hannoverie, 1739.

Schenkines. — Monstrorum historia memorabilis. Francofurti, 1609.

Bateman. — The Doome, 1851. In the British Museum.

Gould et Pyle. — Anomalies and curiosities of medicine. London. Rebman, 1897, 183.

Cappey. — A bicephalous monster. J. Ann. Assoc., Chicago, 1906, 17-38.

Balika. — The birth of a two-headed monster. Orvosi hetol. Budapest, 1901, 254.

A human Freak (two heads, four arms, two legs). J. anthrop. Soc. de Bombay, 1904, VII, 651.

Bourne. — Case of dicephalic fœtus. Australas. M. Gaz. Sydney, 1907, XXVI, 628.

Knapp. — Bicephalious fœtus. New-York. J. M. 1851, VII, 202.

Schapper. — Delivery of a double monster (Dicephalius). Interstate M. J. Saint-Louis. 1902, IX, 314-315.

Polenz. — Dicephalus mit zwei Volotöndre ansgebillaten. Köppen. Ko. Bl. d. ärztl. Crein. b. Bezirks. ver. uni. Königr. Sachs. Leipz, 1899, 35.

Ploc. — Dicephalus dibrachius toupris. Casoj. Let. Cest. v. Prage 1895. XXXIV. 525.

Eastmann. — Report of a case of double headed monstrosity. J. Am. Med. Ass. Chicago. 1884. II. 88.

Nockher. — Entbindung einer. Missgaburt. Mit zwei kœppen (Achnnche. F. lei. Heilh. Berl. 1839-542-554.

Phillips. — The Heart and large vessel of Dicephalus fœtus Tr. Obs Soc. Lond, 1887, 88, XXI, 55.

Yuras Kowski. — Naissance d'un monstre bicéphale. Md. Obs Mosk 1898. p. 187.

West. — Dicephalous monster. J. Am. Assoc. Chicago. 1905. XIV, p. 195.

Peplar. — Dicephalous monster. Canada Pract. Toronto, 1898, XXIII, 199.

Niess. — Fall eines mit zwei kœppen. Geborenen. Kiniles. Monatsch. f. Geburstok. Berl. 1853, p. 433.

Orebaugh. — Double headed monster. Cincinn. Lancet Clinic, 1900, XLV, 11.

Walker. — The history of a double-headed monster. J. Am. M. Ass. Chicago. 1890. XIV. 576.

Hitomura.— A double-headed fœtus. Tokyo mid. Wehnsche. 1896, n° 974 p. 13-15.)

Holme. — An account of a child with a double headed. N. J. 1799. 4°.

Hackedorn. — A bicephalic monstrosity Med. and Surg. Reporter. Phila. 1870, XXIII, 417.

Force. — A bicephalic monster. Med. and Surg. Reporter. Phil., 1875, XXXIII, 318.

Boislinière. — Case of double headed monster. Saint-Louis Med. and Surg. Journ., 1868, ns. V, 412-414.

Ruggles. — A double headed fœtus. N.-York. Med. and Surg. Reporter, 1845. I.-J., 340.

Robinson. — A case of two-headed monstruosity. Brit. Med. Journ. London. 1876, II, p. 44.

Phillip et Dalton. — A short account of the delivery of a two-headed monster. Guy's Hosp. Rey. London, 1871, XVI, 455.

Lœscher. — Ein zweikoppiges monstrum. Monatsche p. geburtsk. Berlin, 1858, XI, p. 432.

Larkins. — A child with two heads. Nashville. Med. and. Surg. Journ., 1883, XXXII, 135.

Alischer. — Zweykopfiges monstrum. Sannul v. nat med. Gosch 1721, Leipz, 1723, XVII p. 89.

Palfrey. — Monster with tow heads. Tr. Obst. Soc. Lond., 1877-1878, XIX, p. 40.

Barns father. — A dicephalus hermaphrodite, Cincinn. M. News, 1874. III, p. 393.

De Oria. — Extraccion de un feto de dos Cabezas. Siglo med. Madrid, 1872, XIX, p. 262.

Master. — A monstrous birth; two heads. Rec. Nat., Eclest M. Ass. 1877-1878. New-York, 1879, VI, 465-469.

Valenta. — Geburt eines Dicephalous tribachius dipcês. Memorabilius Heilbr. 1879.

Mac Farlane. — Case of difficult labor with a bicephalous fœtus. Ann. J. Obst. New-York, 1876, IX, 83.

Thomas. — Case of difficult labor with a bicephalous fœtus. Ann. J. Obst. New-York, 1876, IX, 82.

Neubeck. — De Dicephalo-dibrachio Halio. Sax. 1866, p. 40.

Jackson. — Descriptive account of a bicephalous fœtus. Med. and Phys. J. Lond. 1821. XLV, 128.

Hard. — Bicephalous fœtus use of forceps. West. M. Chir. Keokuk. 1850. I, p. 225.

Beer. — Dicephalus. Wien Méd. Wochensch., 1856, VI, p. 831.

Kennard. — Account of the birth of a fœtus with two heads. Assoc. M. J. Lond., 1854, I, 459.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.